

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1928

THÈSE

185
No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre BOUYSSOU

Né à Bolbec, le 15 Novembre 1901

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne Suppléant de l'Infirmierie Spéciale
près la Préfecture de Police

VOIES D'ENTRÉE
DANS LA DÉMENGE PRÉCOCE

Travail de l'Infirmierie Spéciale et de la Clinique Annexe de neuro-psychiatrie infantile

Président : M. le Professeur HENRI CLAUDE

BOLBEC

IMPRIMERIE D. LASNE

1928



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1928

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre BOUYSSOU

Né à Bolbec, le 15 Novembre 1901

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne Suppléant de l'Infirmier Spécial
près la Préfecture de Police

VOIES D'ENTRÉE

DANS LA DÉMENGE PRÉCOCE

Travail de l'Infirmier Spécial et de la Clinique Annexe de neuro-psychiatrie infantile

Président : M. le Professeur **HENRI CLAUDE**

BOLBEC

IMPRIMERIE D. LASNE

1928

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	LÉON BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	BATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQÛEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALE	Obstétrique.
FISSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

MM.

HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEHOUX	Anatomie pathologique.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
DEMLIN	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.

REITERER	Histologie.
TANON	Pathologie médicale.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ALGLAVE . . .	Clinique chirurgicale.
AUVRAY . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL - LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER . .	Clinique obstétricale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.

MM.	
LÉRI.	Clinique médicale.
MOCQUOT. . .	Clinique chirurgicale.
PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.
VILLARET. . .	Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, Agrégé. . . .	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT.	
LEDoux-LEBARD	
	Stomatologie.
	Education physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR LÉON BOUYSSOU

*Dont la haute conscience profes-
sionnelle et la belle activité
médicale resteront pour nous
les meilleurs des exemples.*

A MA MÈRE

A MON ONCLE

MONSIEUR ERNEST BOUYSSOU

Maire de Loupiac (Cantal)

A MES PARENTS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

Professeur des Cliniques des Maladies mentales
à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Asile Sainte-Anne

Membre de l'Académie de Médecine.

*Qu'il daigne agréer l'hommage
de notre respectueuse gratitude
pour le grand honneur qu'il nous
a fait en acceptant la présidence
de cette thèse.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES HEUYER

Médecin des Hôpitaux

Médecin Adjoint de l'Infirmierie spéciale
près la Préfecture de Police

*Qui m'a inspiré ce travail et
guidé de ses conseils.*

*En témoignage de ma profonde
reconnaissance et de mon respec-
tueux attachement.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DE CLÉRAMBAULT

Médecin-Chef de l'Infirmerie spéciale
près la Préfecture de Police

Qui après m'avoir accueilli avec beaucoup de bienveillance dans son service m'a donné, par la haute valeur de son enseignement, le goût de la Science et de l'Art psychiâtriques.

Qu'il veuille bien accepter l'hommage de ma reconnaissance et de mon dévouement.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR J.-B. LOGRE

Médecin-Chef Adjoint de l'Infirmerie spéciale
près la Préfecture de Police

Qui m'a fait aimer la Psychiâtrie.

En témoignage de ma respectueuse admiration et de ma profonde gratitude.

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE ROUEN

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

- M. LE DOCTEUR LEVY-SOLAL, Médecin-accoucheur de
l'Hôpital Saint-Antoine.
M. LE DOCTEUR AUCLAIR, Médecin du Bastion 29.
M. LE DOCTEUR MILHIT.

Externat

- M. LE DOCTEUR LE MÉE, oto-rhino-laryngologiste de
l'Hôpital des Enfants-Malades.
M. LE DOCTEUR HAUTANT, oto-rhino-laryngologiste de
l'Hôpital Tenon.

Interne Suppléant

- M. LE DOCTEUR DE CLÉRAMBAULT, Médecin-Chef de
l'Infirmérie Spéciale.
M. LE DOCTEUR LOGRE, Médecin-Chef-Adjoint de l'Infir-
merie Spéciale.
M. LE DOCTEUR HEUYER, Médecin des Hôpitaux ;
Médecin-Adjoint de l'Infirmérie
Spéciale.

A MON AMI

LÉON MICHAUX

Interne des Hôpitaux

*En témoignage d'affectueuse
reconnaissance.*

Voies d'entrée dans la Démence Précoce

Il n'est pas de sujet qui ait plus retenu l'attention et fixé les recherches des psychiatres que l'affection désignée depuis Morel sous le vocable : « Démence Précoce ». Décrite avant lui par Spurzheim et Esquirol qui l'appelaient idiotie acquise ou accidentelle, elle devait être ensuite étudiée par nombre d'auteurs et baptisée par eux de divers noms plus ou moins descriptifs, souvent proposés en lieu et place de la vieille appellation ou parallèlement à elle comme désignant une forme clinique ou une modalité particulièrement nuancée de la maladie.

Bien que les conclusions de ces divers travaux soient souvent différentes, voire même contradictoires, il nous est facile de retrouver au cours de l'étude clinique entreprise par les différents auteurs, des signes observés et décrits de façon identique parce qu'ils sont la marque particulière de l'affection, qu'ils permettent à qui les sait chercher le diagnostic parfois au début du trouble mental et l'adoption dès ce moment des mesures que va nécessiter le pronostic toujours sérieux.

Notre travail désire rester, avant tout, une étude clinique du début de la démence précoce. Comment s'achemine-t-on vers les troubles caractérisés de l'af-

fection, comment entre-t-on dans celle-ci ? Quelles sont, pour reprendre la propre expression de Gilbert Ballet, les « avenues » qui mènent à la Démence précoce ? Questions posées exclusivement au point de vue clinique. Car si les théories pathologiques sont nombreuses qui tendent à expliquer par des causes anatomiques physiologiques ou psychologiques l'étiologie de la démence précoce, il ne nous appartient pas de fixer notre choix, sur l'une d'elles, les critères de certitude faisant encore défaut.

Il est, comme nous le disions plus haut, des signes ou des groupes de signes dont la constance n'a pas été sans frapper profondément les observateurs, car ils suffisent à eux seuls à identifier la maladie. Mais après toutes les descriptions qui ont été faites et en ajoutant le fruit de nos observations personnelles, comment pourra se présenter le malade atteint de démence précoce au début ?

CHAPITRE PREMIER

Cette affection frappe avant tout des adolescents. Elle apparaît rarement après la vingt-cinquième année, plus rarement encore avant l'âge de 10 ans où il a été décrit quelques rares cas de démence précocissime (S. de Sanctis). Quels individus plutôt que tels autres semblent particulièrement atteints ? C'est un problème dont les données sans cesse reprises ont fait couler beaucoup d'encre. Car on touche à des questions étiologiques dont la complexité est grande. S'il fallait reprendre, ne serait-ce que pour les énumérer, les multiples hypothèses soulevées à ce sujet, un travail spécial devrait y être consacré. Nous citons à ce propos un article du Docteur Josef Berze (*Wiener Medizinisch Wochenschrift* 1917, p. 1223), dans lequel sont exposées diverses théories émises sur l'étiologie de la Schizophrénie. Le doute persiste. Est-on dément précoce, schizophrène (forme clinique de la D. P.) parce qu'un « germe » morbide déposé ab ovo se développe par la suite, ou le devient-on parce qu'un terrain préparé permettra l'éclosion des phénomènes morbides à l'occasion de quelque traumatisme psychique ou d'autres causes déterminantes extérieures ? C'est la question que se pose l'auteur. D'après Elmgier, il serait nécessaire que l'anomalie existât chez l'un des procréateurs, le terrain pour favoriser son développement chez l'autre, pour que pût être engendré un futur dément précoce. On voit par ces deux

seuls exemples de quelle confusion cette étiologie reste enténébrée.

Les deux sexes sont également frappés. C'est généralement entre 15 et 25 ans que se révèlent les premiers troubles sur lesquels nous nous étendrons longuement au cours de ce travail.

Ils apparaissent chez des adolescents de complexion physique, de terrain disparates. Il n'y a pas de signe qui puisse faire préjuger d'une constitution morbide prédisposée, et si l'on arrive à considérer cependant que deviennent plus fréquemment Déments précoces certains individus personnellement ou héréditairement tarés, ce sera plutôt sur la foi d'une opinion clinique avec les nuances qu'elle comporte, que d'un test biologique toujours rigoureux.

Il apparaît, en effet, de façon évidente, et ceci est important, que nombre de déments précoces présentent dans leurs antécédents, des tares personnelles ou héréditaires dont l'observation fréquente ne laisse pas d'entraîner avec force la conviction d'organicité de cette affection.

Que ce soient des malformations physiques ou mentales, de l'arriération, des retards de développement, ces tares vont assombrir l'avenir mental du sujet, et il n'est pas rare de voir entrer dans la démence précoce un adolescent qui avait présenté au cours de l'enfance de l'énurésie, qui avait parlé tard, et dont l'intelligence ne s'était que lentement éveillée.

La Démence précoce sur fond de débilité mentale est chose fréquente. Les troubles chez ces sujets prendront parfois un caractère particulier : ils pourront se manifester sous forme de perversions, de perte du sens moral, de fugues avec délinquance qui feront parfois s'égarer le diagnostic vers la folie morale.

constitutionnelle si on ne soupçonne point le processus sous-jacent.

A ce point de vue les consultations faites chaque matin à l'annexe de psychiatrie infantile, rue de Vaugirard, sont particulièrement instructives et plusieurs observations que nous citerons par la suite et qui en émanent le démontrent bien. Ajoutons que dans ces formes, l'individu ayant un moindre bagage intellectuel, la transition s'effectuera à moins de frais, pourrait-on dire. La perte ne portera que sur un mince capital intellectuel. Et l'on sera loin des vides creusés tout a coup dans une intelligence jusqu'alors attentive et laborieuse, dans une affectivité jusque-là normalement extériorisée, par les premières atteintes de la maladie. La démence précoce du sujet intelligent prendra souvent l'allure schizophrénique, sera plus imaginative. C'est elle qui fournira également le plus gros contingent aux démences paranoïdes. La Démence précoce du débile ou du retardé prendra plus souvent et plus rapidement l'aspect de la démence simple de Morel.

Mais si la Démence précoce surgit fréquemment sur fond de débilité mentale, partageant en cela le privilège de la psychose hallucinatoire chronique (avec laquelle des points de jonction organique semblant évidents seront discutés par la suite), il y a certainement des causes déterminantes de cette débilité, de ces malformations physiques et mentales.

Et se présentent naturellement à l'esprit les multiples causes infectieuses toxiques, traumatiques qui modifient l'individu dans sa personne et dans sa descendance. On a cherché dans ce sens à démontrer que la Démence précoce n'apparaît que sur un terrain héréditaire préparé par la syphilis. « Cherchez tou-

jours la syphilis dans les antécédents, et non pas seulement chez les parents, mais chez le sujet lui-même », déclare le Professeur Toporkow (de la Clinique neuro-psychiatrique de l'Université d'Irkunstk), dans un article paru aux archives de Psychiatrie de Berlin (Année 1925, p. 27), dont nous citons quelques conclusions :

« Chez tout individu atteint de Démence précoce
« se peuvent manifestement constater des signes or-
« ganiques de syphilis nerveuse.

« La Démence précoce révèle l'existence de sy-
« philis familiale et affirme la nécessité d'étendre le
« traitement et les soins à toute la famille ».

L'auteur étayant ses convictions de l'expérience de nombreux cas, choisit 26 observations où la syphilis a été dûment constatée soit chez le malade, soit dans son ascendance, enfin de part et d'autre. Bien que nous ne puissions adhérer entièrement aux conclusions de Toporkow et laisser la syphilis dominer la notion de Démence précoce, il n'en demeure pas moins qu'un tel travail nous paraît significatif d'une idée directrice plus générale : savoir la recherche d'un substratum organique comme base des différentes formes de Démence précoce (1).

Voici qui nous éloigne singulièrement des théories tendant à mettre la Démence précoce ou tout au moins certaines de ses formes cliniques, sous la dépendance prépondérante d'un trouble fonctionnel; trouble dont il est encore plus difficile de démontrer la réalité pa-

1. — Au cours de nos recherches cliniques nous avons pu recueillir l'observation d'un jeune garçon, très suspect de Démence Précoce dont le W et le H dans le sang étaient positifs et qui a bénéficié de façon remarquable du traitement spécifique.

Se référer aux travaux et aux observations d'Auguste Marie.

thogénique et qui répugne davantage à l'esprit clinique du psychiatre que la conviction d'un processus organique déterminant l'affection. On a pu dire que l'on ignorait tout de l'étiologie de la démence précoce sauf que c'était une maladie organique. Cette large parenthèse fermée, revenons à nos malades. Quels sont les signes qui vont pouvoir dès le début orienter le diagnostic sinon parfois même l'établir fermement dès ce moment ?

On ne saurait trop insister sur la modification du caractère, du *comportement affectif* du sujet, car l'affectivité est la « fonction » la plus fréquemment altérée par les premières atteintes de la Démence précoce. Alors même qu'il reste au sujet une activité parfaite ou peu modifiée, une intelligence en apparence intacte dans ses divers départements, un jugement encore bien adapté aux nécessités pragmatiques, on est tout surpris de remarquer cette attitude bizarre, indéfinissable, où perce déjà un semblant d'hostilité à l'égard de l'entourage, et qui est pour le clinicien le signe d'alarme le plus significatif.

Ce sont les parents qui vont insister sur ce fait. Ils voient avec une douloureuse surprise, leur enfant jusqu'alors affectueux et docile, entrer peu à peu en lutte avec leur bienveillante autorité. On prend cela pour un accès passager de mauvaise humeur, mis sur le compte de quelque fatigue de croissance pubérale, d'une menstruation qui s'établit difficilement, plus souvent encore on donne des explications psychogénétiques au premier plan desquelles figurent les peines de cœur, les amours contrariées, les traumatismes psycho-sexuels qui ont trouvé auprès de l'école de Freud un suffisant crédit pour y recevoir la consécration de leur réalité étiologique.

Chaslin, dans ses remarquables études séméiologiques (1), nous donne une description très exacte des premiers troubles hébéphréniques. Nous en extrayons le passage suivant : « Généralement, c'est le professeur qui s'aperçoit le premier d'un changement dans les allures, le travail, la tenue ; le professeur et la famille croient naturellement à la paresse et au mauvais vouloir de l'enfant, tandis que celui-ci se sent souvent devenir malade ».

Cette dernière notion est très exacte. Et le sujet interrogé de façon convenable, donnera très fréquemment au médecin des renseignements de grosse valeur diagnostique, tant dans leur forme que dans leur fond.

Il n'est pas rare de trouver des malades intelligents, instruits, encore capables d'introspection qui décrivent leurs troubles de début avec une précision étonnante. Nous communiquerons plus loin les lettres d'un jeune homme candidat au concours d'entrée à Polytechnique dans lesquelles apparaît de façon saisissante ce fléchissement de l'activité et de l'affectivité constaté par le malade lui-même.

Cette impression de malaise, de diminution psychique, d'incapacité, s'objective d'ailleurs fréquemment pour le sujet par une sensation de lassitude générale, presque toujours accompagnée de céphalée, de troubles dyspeptiques. Ces signes organiques prendront, interprétés par le malade, une importance exagérée et pourront l'acheminer vers l'hypocondrie.

Fréquemment on se trouve en présence d'un dogmatisme enfantin avec thèmes hypocondriaques sans hypocondrie vraie. Le souci de la santé physique et

1. — *Éléments de Séméiologie et clinique mentales.* (Caput XIII)

mentale viendra absorber le reste de l'activité disponible et, avec l'esprit morbidement analytique et méticuleux dont font preuve nombre de ces sujets, on les verra se soumettre à des régimes sévères, suivre à la lettre des prescriptions médicales, s'ordonner à eux-mêmes des emplois du temps hygiénique mais où percera souvent un élément bizarre et contradictoire qui en révélera la nature vésanique. L'un de nos malades avait adopté le régime alimentaire « naturaliste » le plus strict, s'interdisant la moindre infraction : « Il se serait plutôt laissé mourir de faim, disait-il ». Un autre était devenu un partisan convaincu du système Coué et essayait d'endoctriner son entourage. Il mettait, au dire de son frère, une telle véhémence dans cette œuvre de prosélytisme, que le caractère pathologique en devint rapidement manifeste. Ces modes d'entrée dans la Démence précoce sont très fréquents où la maladie fausse et dévie dès l'origine les légitimes réactions de l'instinct de conservation, spontanément, dirigées contre elle. Le médecin est volontiers consulté à ce stade. On a confiance en lui. Souvent une confiance absolue. Le malade veut guérir, car il a conscience de n'être plus le même, d'avoir changé profondément dans toute sa personne, il ne se reconnaît plus, et dans les débuts ce sentiment l'affecte péniblement. Cette période est essentiellement transitoire. Plus ou moins rapidement les choses vont changer. Les parents auront grand peine à faire examiner le malade devenu négativiste hostile, s'opposant aux soins, rejetant les médicaments. L'exil du Dément précoce est commencé, les dernières amarres sont rompues. Il s'éloigne *tant au dehors qu'au dedans* de toute rive habitée : il va voguer dorénavant à la dérive, emporté aux vents de sa pauvre imagination,

voué aux brusques lames de fond de son impulsivité. Car, quelque séduisante que puissent paraître les théories psychologiques nous montrant le Dément précoce optant pour le monde intérieur après avoir plus ou moins volontairement perdu le contact avec la réalité extérieure, il nous paraît difficile d'y adhérer pour la raison suivante : A un moment où l'élément volonté active est profondément perturbé, pour ne pas dire souvent définitivement adultéré, comment peut-on faire crédit au malade de la somme d'énergie que nécessiterait l'adoption d'une attitude aussi ferme et soutenue que l'autisme, volontairement consenti ?

Le malade opte-t-il réellement pour la « tour d'ivoire » ? Nous ne le pensons pas. Le processus schizophrénique va le séparer autant, sinon davantage, de son monde intérieur que du monde extérieur. Il ne reconnaît plus l'ambiance, la réalité tangible. Certes. Mais il va aussi devenir étranger à l'ensemble des acquisitions qui constituaient le fond de sa personnalité. Il n'a pas à choisir entre deux alternatives et à opter pour celle qui lui paraît le plus conforme à ses conceptions et à ses tendances nouvelles. Le déterminisme évolutif de l'affection va couper les ponts d'un côté comme de l'autre. Et au cours de cette progression, l'activité volontaire du malade fait rapidement place à une exclusive passivité.

On peut dire en reprenant les termes d'une proposition devenue familière qu'il y a aussi « perte de contact vital avec le monde intérieur ». Le malade reste indifférent à la nouvelle de la mort de sa mère parce que le souvenir exact de sa mère, ou tout au moins le souvenir affectif exact qu'il avait de celle-ci a disparu ou s'est étrangement transformé.

Bien qu'on puisse admettre, surtout au début, que l'intégrité des divers départements du psychisme soit conservé, que les fonctions de coordination entre ceux-ci, soient seules troublées, il est difficile de se représenter cette intégrité comme demeurée parfaite.

D'abord l'affectivité et la volonté sont très modifiées, toujours diminuées, souvent abolies. L'intelligence ou tout au moins une des fonctions cardinales de celle-ci : la mémoire, semble résister plus longtemps à la désagrégation. Mais que deviennent l'attention, la perception, la sensation et surtout l'association des idées ? N'apparaît-il pas comme évident qu'au bout d'un temps plus ou moins variable, l'impossibilité où se trouve le malade d'employer utilement ces quelques capitaux rescapés, en consacre la déchéance.

Comme un instrument de musique qui, en se désaccordant ne peut forcément que baisser de ton, la discordance ne va jamais sans un fléchissement des éléments du psychisme, encore que ce fléchissement se répartisse inégalement sur chacun d'eux.

Multiplés sont les teintes cliniques de la Démence précoce au début. On y pourra retrouver l'apparence des divers syndrômes d'excitation, de dépression classiques. Parfois un épisode délirant ouvre la scène. Il faudra attendre longtemps avant de se prononcer sur certains cas de manie, de mélancolie survenant brusquement chez un adolescent, jusque-là indemne de tout passé mental. De même il faudra suivre attentivement les phrases d'un délire, légitimement attribué tout d'abord à un épisode toxi-infectieux ; car on ne sait ce que cache l'état confusionnel aigu. N'a-t-on pas fait de la Démence précoce une confusion mentale chronique ? (Régis).

Allant à l'encontre des théories de Kræpelin, qui le premier admit l'unicité de la Démence précoce avec ses trois subdivisions et la considéra comme un trouble primitif de l'intelligence, non comme un état terminal d'une ou plusieurs psychoses, Régis réduisit la formule du psychiatre allemand en l'appliquant aux seuls cas de Démence précoce survenant chez des individus héréditairement tarés, sous l'influence du même processus d'auto-intoxication pubérale.

Les autres cas, « accidentels », sont toujours consécutifs à un épisode confusionnel aigu qui évoluera vers la chronicité. Rogues de Fursac et Deny critiquent justement cette manière de voir. Le premier de ces auteurs fait judicieusement observer que cette classification de la Démence précoce en « primitive constitutionnelle » et secondaire « post-confusionnelle » est purement arbitraire et ne repose sur aucun critère de certitude biologique ou clinique. Le second considère avec raison « que loin d'être la terminaison d'une confusion mentale aiguë qui n'a pas guéri, la Démence précoce qu'elle soit type Morel ou Kraepelin est toujours primitive. Les épisodes confusionnels sont des épiphénomènes ».

En effet, le Dément précoce hormis quelques cas rares et encore de façon passagère, ne se présente pas comme un confus. Il est souvent très bien orienté, capable d'acquisitions nouvelles, pauvres sans doute et portant sur des groupes de faits d'ordinaire stéréotypés mais manifestement existants. Longtemps après il reproduira exactement les termes d'une conversation, le nom d'un médecin ou d'un infirmier entendus par hasard un jour où il paraissait profondément inattentif et complètement étranger à l'ambiance. Son intelligence reste capable d'une certaine activité. Le confus

vrai ne se souvient souvent pas avoir été examiné la veille ou quelques heures auparavant ; il ne sait où il se trouve mais fait des efforts pour s'orienter si on l'y engage avec insistance, car il a presque toujours une conscience plus ou moins vague de son état confus onnel et fait quelque effort pour en sortir, ce qui le distingue fondamentalement du Dément précoce. Le confus s'il est sollicité cherche ses souvenirs devenus fuyants, insaisissables, informes, incomplets. Le dément précoce les reproduira intacts, mais il attend passivement qu'ils se présentent d'eux-mêmes à sa conscience. A la période d'état, les éléments d'évocation de ces malades ne sont pas en réalité « évoqués » en conférant à ce verbe son sens actif. Ils paraissent surgir au hasard de leur subconscient, comme sort un numéro de loterie, sans qu'une association logique puisse les enchaîner les uns aux autres. Parfois la réponse est juste, fréquemment elle tombe à côté (Ganser); dans les deux cas l'activité consciente et volontaire n'y est pour rien. Et l'on peut considérer que les stéréotypies d'actes ou de paroles ne sont point la preuve de certains souvenirs moteurs et surtout affectifs, ayant envahi le champ de la conscience, à l'exclusion des autres demeurés existants. Elles sont bien davantage la marque d'une carence idéo-affective.

Si ne se présentent à l'esprit du sujet que quelques images motrices ou verbales, toujours les mêmes, c'est parce que celles-là seules persistent et restent capables d'un minimum d'utilisation apparente : elles sont alors automatiquement adoptées.

On a dit du dément précoce qu'il était moins dément qu'il ne paraissait. Nous croyons pouvoir avancer que beaucoup de schizophrènes sont plus profondément dissociés et diminués qu'ils ne semblent l'être.

On ne doit considérer leurs actes qu'en fonction de certains facteurs résiduels où l'affectivité et la volonté ne jouent qu'un rôle illusoire. Ces fonctions qui occupent dans le psychisme un rôle hiérarchiquement supérieur, sont celles qui déclinent les premières. (1) Persistent des manifestations simples de l'intelligence, surtout celles que régissent des mécanismes automatiques : la mémoire, relativement conservée, en est le meilleur exemple.

Leurs tics, leurs grimaces, leurs impulsions reconnaissent la même origine et relèvent des mêmes mécanismes.

Nous nous permettrons de citer ici quelques commentaires formulés sur le sujet par Monsieur de Clérambault aux leçons de l'Infirmier Spécial.

« Le dément précoce, dit de Clérambault, ne se
« réfugie pas, il tombe, ou si l'on préfère, il se ré-
« tracte dans une vie dite imaginative qui est une des
« formes les plus simples de la vie cérébrale parce que
« inadaptée et sommaire. Cette imagination que l'on
« accorde au dément précoce n'est pas à proprement
« parler « l'Imagination » au sens habituel de ce
« terme. L'imagination de l'individu normal suppose
« une constructivité soumise à l'esprit critique, sanc-
« tionnée par le jugement et en dernière analyse uti-
« lisable pratiquement. C'est une imagination effecti-
« vement créatrice. L'imagination du dément pré-
« coce consiste en affirmations schématiques simples,
« sans effort logique, sans essai de preuve. Elle est
« naïvement constructive et emprunte une apparence
« d'originalité aux thèmes dont elle dispose habituel-

1. — Fait commun à toutes les psychoses dont la preuve organique est faite.

« lement : philosophie, religion, sociologie et qui
« portent sur de banales et indigentes généralités.
« Tout cela résultant d'un travail spéculatif souvent
« psittacique, sans ébauche de réalisation ».

Avant de terminer ce premier chapitre et pour que le choix du terme générique sous lequel nous continuons à désigner la maladie ne prête pas à confusion nous entendons par « démence précoce », outre la démence simple type Morel « la psychose de forme hébéphrénique ou schizoïde — la folie discordante ou état délirant plus ou moins systématisé avec tendance à la chronicité survenant habituellement chez les sujets jeunes et paraissant être d'origine infectieuse, toxique ou traumatique ».

Les nombreux autres vocables sont considérés par nous comme s'appliquant uniquement à des formes cliniques de la démence précoce. Ils distinguent par leur signification ou leur étymologie descriptives des modalités spéciales de l'affection générique.

Enfin, tracé dans ses grandes lignes, voici le plan que nous avons adopté dans cette étude :

Nous exposons du point de vue clinique les différentes formes de début que nous avons étudiées. C'est dans ce cadre général que nous présentons nos observations. Elles sont de divers types et chacun de ces types sera un chapitre de notre thèse.

Nous étudierons successivement :

1° Démence précoce survenant chez des individus présentant des tares physiques et mentales.

2° Démence précoce apparaissant après un épisode confusionnel d'apparence toxi-infectieuse.

3° Démence précoce évoluant après un premier stade de perversions instinctives.

4° Démence précoce dont le début s'accompagne du syndrome d'Automatisme Mental.

5° Démence précoce d'emblée chez des individus intelligents exempts de tares héréditaires ou acquises.

C'est donc une classification par forme, suivant l'allure étiologique du début de la psychose, qui permettra dans certains cas d'en préciser l'étiologie.

- - - - -

CHAPITRE DEUXIÈME

La plupart des observations figurant dans ce travail nous ont été obligeamment communiquées par l'annexe de neuro-psychiatrie infantile, sise 379, rue de Vaugirard, au Patronage de l'Enfance et de l'Adolescence.

Ce chapitre sera consacré à deux observations se rapportant aux malades de la première catégorie.

OBSERVATION I. — Le 6 Mai 1927.

P... E..., 13 ans $\frac{1}{2}$, enfant naturel. Est amené par sa tante, qui désire le faire examiner avant de l'envoyer à la campagne. Une sœur âgée de 18 ans est en bonne santé, mais deux frères sont morts en bas-âge d'une affection méningée. — Père inconnu. — Mère morte de tuberculose pulmonaire, il y a 5 ans. — 6 frères et sœurs sont actuellement bien portants. — Une sœur est morte tuberculeuse.

Le grand-père maternel est mort de la même affection.

La grand'mère est bien portante.

SUJET : On n'a aucun renseignement sur son premier développement. Il présente encore de l'énu-résie par intermittence. A l'âge de 8 ans, sa mère

étant morte, c'est une tante qui se charge de lui. Elle le place aussitôt à l'orphelinat de St-Denis. Après y être resté 4 ans, il en sort à 13 ans, âge limite. — Il aurait eu à ce moment de fréquentes indigestions.

SCOLARITE : Il suit la classe jusqu'à 13 ans, mais reste très en retard. Ne peut obtenir son certificat d'études. Sa conduite est bonne. La lecture est hésitante et inexpressive. La compréhension des choses lues est vague et lacunaire. L'écriture, bien que régulière, est lente et révèle la méconnaissance élémentaire de l'orthographe. De même le calcul est assez satisfaisant, mais manque de promptitude. Il connaît mal sa table de multiplication. Retard scolaire; âge mental : 11 ans.

Lenteur psychique.

A la maison comme à l'école, il reste dans un coin des heures entières, indifférent et muet. Il a travaillé dans le vernis, en qualité d'apprenti. On ne se plaint pas de lui. Un de ses cousins, placé avec lui, l'aide souvent dans son travail. Il gagne 30 francs par semaine. Pas de perversions, n'est ni menteur, ni voleur, ni coléreux. Spontanément indifférent à tout. Il faut lui dire d'aller jouer et s'il obéit, il ne recherchera que la compagnie des petits enfants, avec lesquels il s'entend bien. Il aime les animaux et joue volontiers avec eux sans chercher à leur faire de mal.

D'après sa tante, qui le connaît depuis l'âge de 8 ans, il ne parle jamais, semble n'avoir aucun goût pour quoi que ce soit.

Pas d'onychophagie. Il mange et dort bien. On le surprend parfois à déchirer de petits bouts de papier en marmottant seul dans un coin.

Quand on l'interroge, répond : « Je ne sais pas ». Ne manifeste ni satisfaction, ni déplaisir.

Urine encore au lit de temps à autre.

Présente quelques poils pubiens et d'autres signes de préuberté.

Conservation des attitudes.

Il est l'objet de la note suivante (Docteur Heuyer).

Démence précoce probable — Inertie, indifférence. Conservation des attitudes — Internement.

OBSERVATION II. — C... R..., 16 ans $\frac{1}{2}$. —
Entre au Patronage le 21 Mars 1927.
Mars 1927.

Fils unique. — Le père alcoolique a disparu. —
On ne peut obtenir d'autres renseignements sur lui.
La mère est bien portante. Elle a eu deux autres enfants, qui sont morts de méningite, à l'âge de 1 an $\frac{1}{2}$ environ.

Le grand-père maternel est mort. La grand'mère, âgée de 70 ans, se trouve actuellement en bonne santé.

SUJET : Marche : 2 ans et demi.

Parole : 2 ans et demi.

Propreté : 6 ans.

Maladies antérieures : Rougeole à 5 ans.

SCOLARITE. — A été à l'école de 5 à 13 ans, où il a pu atteindre la première classe. Il lit couramment, mais de façon monotone et sans expression. Ne semble pas comprendre ce qu'il vient de lire et ne répond rien si on l'interroge à ce propos.

L'écriture est assez bonne, mais on trouve des fautes d'orthographe bizarres. Le calcul est assez bon, quoique lent. Il sait sa table de multiplication. A dû redoubler une classe. Présente un âge mental de 10 ans environ. Ses réponses sont lentes; à la maison, il se montre indifférent, inerte, assez docile, mais lent dans l'exécution des ordres qui lui sont donnés. Ne

répond pas aux questions un peu compliquées.

Il a fait plusieurs fugues sans raison, mais est chaque fois rentré le soir à la maison.

On note de la conservation des attitudes.

La voûte palatine est ogivale. — Les dents sont très mal plantées.

DIAGNOSTIC : Démence précoce au début. Inertie, Passivité. Indifférence affective — Impulsion — Fugues — Antécédents de retard du développement psycho-moteur.

Voici donc deux sujets qui, bien avant l'apparition des troubles caractéristiques de la psychose, ont présenté à l'état permanent des signes de débilité motrice et intellectuelle. Doit-on, comme le voulait Morel, considérer le processus psychopathique comme secondairement lié à cette arriération dont l'origine ressortit à des causes organiques héréditaires ? Peut-on au contraire admettre qu'elle s'est développée indépendamment de ces dispositions et qu'elle garde même dans ces cas spéciaux un caractère autonome ?

Il ne nous appartient point de trancher cette difficile question. Mais puisque nous inclinons à penser que la Démence précoce sous ses diverses formes est une affection organique, nous devons en inférer logiquement que toutes les causes de morbidité héréditaire ou acquise ne peuvent qu'en favoriser l'apparition par les lésions ou les malformations diverses qu'elles établissent.

Dans les observations citées on trouve chez les générateurs alcoolisme et tuberculose. Dans les deux cas, deux frères ou sœurs sont morts en bas-âge de méningite.

Les tares héréditaires sont donc très lourdes.

Enfin, et ceci nous paraît important, il convient

d'insister sur ces troubles de la première et surtout de la seconde enfance qui sont la marque d'un retard du développement psycho-moteur : la marche, la parole tardives, l'énurésie qui persiste la lenteur paresseuse du psychisme, les progrès scolaires difficiles ; autant de signes qui, sans avoir en ce qui concerne la Démence précoce une valeur spécifique, doivent témoigner pour le clinicien d'une fragilité psychique manifeste, et grèvent dans son pronostic l'avenir mental de l'individu.

Mairet et Margarot dans leur bonne étude de la Démence précoce (Dunois et Baur édit. — 1920), s'expriment en ces termes :

« Si on entre dans le détail de la recherche des « stigmates de dégénérescence, ou mieux encore de « ces petites anomalies psychiques qui constituent des « indices si précieux de l'existence d'une prédispo- « sition psychopathique, on trouve un fort pourcen- « tage de tares dégénératives ».

Et ils concluent :

« Chez beaucoup de déments précoces, il existe « une prédisposition générale non douteuse, mais « celle-ci n'a rien de spécifique, elle ne diffère en rien « de la prédisposition banale que l'on retrouve à « l'origine des diverses formes d'aliénation mentale ».

Comme ces auteurs, nous pouvons penser que la cellule nerveuse, née débile, présente d'indéniables prédispositions au développement des psychoses : la Démence précoce ne saurait échapper à la règle.

Dans l'évolution de la maladie chez ces sujets, on rencontre rarement les tableaux schizophrénique ou hétérophrénique classiques. Comme nous le faisons remarquer plus haut, la carence d'acquisitions intellectuelles antérieures donne assez rapidement au proces-

sus le caractère d'une démence simple sans délire, sans imagination, sans activité pathologique d'aucune sorte, sans Automatisme Mental. — Assez fréquents sont les signes de catatonie : catatonie à laquelle les antécédents de bradypsychie et de débilité motrice semblent prédisposer. Ces signes peuvent d'ailleurs être considérés comme relevant du même processus, dont ils représentent une étude plus avancée (1).

Ces malades rentrent exactement dans les cadres descriptifs étudiés par Morel, sous la rubrique : folie héréditaire, ou des dégénérés. (Etudes cliniques, 1852 — Traité des maladies mentales — 1860).

Ce sont eux que désigne Régis dans la première catégorie de sa classification, comme répondant au « type constitutionnel, dégénératif chez des sujets tarés héréditairement sous l'influence auto-toxique du processus pubéral et comprenant des cas des trois formes établies par Kræpelin, surtout de la forme hébéphrénique ».

Nous ne pouvons faire nôtres ces conclusions et cela pour plusieurs raisons. La première, c'est que le processus pubéral invoqué comme déterminant est loin d'être indispensable, puisque chez l'un de nos sujets les troubles remontent à l'âge de 13 ans. Les cas ne sont pas rares où ils sont apparus plus tôt, plus fréquents encore sont ceux où ils apparaîtront très tard. Enfin, l'hébéphrénie semble rare chez ces sujets, ceci étant le fait de nos constatations cliniques.

Rares aussi sont les perversions vraies, les fugues prolongées répondant à une apparence d'organisation logique. Leur motricité déjà déficiente, leurs concepts indigents, diminués encore du fait de la maladie leur interdisent ce luxe.

1. — Syndrome de débilité motrice de Dupré et Merklen. Signe d'André Colin : conservation des attitudes chez les débiles moteurs.

CHAPITRE TROISIEME

Voici maintenant un cas d'entrée dans la Démence précoce par un épisode confusionnel d'apparence toxico-infectieuse :

OBSERVATION III. — M... R..., 14 ans $\frac{1}{2}$, vient à la consultation le 9 Février 1927.

Le père, bien portant, exerce le métier de tourneur. Il est très sobre. Son père est mort alcoolique. Sa mère est morte des suites d'une péritonite, probablement bacillaire. Il a 4 frères et sœurs bien portants.

La mère est bien portante. Son père, alcoolique, est mort à 45 ans d'une maladie de la moelle, sur laquelle on ne peut obtenir d'autres renseignements. Sa mère est morte à 43 ans, de tuberculose. Elle était aussi alcoolique.

Le sujet est né à terme. Pesait à sa naissance 4 kg. 500.

Accouchement normal.

Marche à 20 mois.

Parole : vers 4 ans.

Propreté de bonne heure.

N'a jamais eu de convulsions. Croup à 4 ans.

A 10 ans, il pesait 56 kilogrammes. Cette obésité est traitée par endocrino-thérapie. Il présentait à cet âge un retard de développement des organes génitaux et une ectopie testiculaire traitée chirurgicalement en 1926.

SCOLARITE. — A été en classe depuis l'âge de 7 ans jusqu'à 13 ans. Il y travaillait mal, montrant seulement quelques dispositions pour la musique et le dessin.

L'année dernière, au mois de Juillet, a présenté très brusquement de l'agitation anxieuse. Il croyait qu'il allait mourir et manifestait le désir de se donner un coup de couteau. Il prenait son pouls pour voir s'il battait encore et voulait se sauver de chez lui pour aller consulter un médecin. Il croyait voir des voleurs s'introduire dans sa chambre et se levait pour échapper à leurs menaces de mort. Fièvre élevée (40°) — Onirisme.

L'agitation a duré 2 ou 3 jours. Celle-ci calmée, le délire a persisté. Le sujet tenait des propos incohérents, prétendant qu'une voisine était damnée.

Au cours de cet épisode fébrile, la température s'est maintenue entre 39°-40°. Elle s'accompagnait de céphalée, de vomissements dans lesquels le malade croyait « rendre sa cervelle ». Après que ces signes se furent amendés, apparurent des troubles de l'humeur et du caractère. Dès ce moment, le sujet devient bizarre, indifférent, ne s'intéresse plus à rien. Alors qu'il était auparavant doux et affectueux envers ses parents, il leur manifeste des sentiments haineux, va même jusqu'à les menacer du revolver. Devient grossier, brutal, frappe sa mère, lui souhaite de mourir de cancer.

Pendant qu'on lit son observation, il rit sans conviction. On surprend de temps à autre des sourires immotivés. Son attitude est teintée de discordance.

L'examen somatique montre : Puberté acquise. Voûte palatine ogivale. Pupilles réagissant bien. --- Adipose (A maigri de 10 kilos en 4 jours, à la suite du traitement endocrinien) — Acrocyanose — Otorrhée purulente due à une otite ancienne. — Gastro-entérite récente.

La fiche médicale constituée à ce moment porte la note suivante : Démence précoce. — Début en juillet, par un état fébrile confusionnel et onirique.

Nous rapprocherons de cette observation un cas très démonstratif de ce mode d'entrée dans la Démence précoce, rapporté par M le Professeur Claude et commenté par lui à une leçon de l'Asile Clinique. (Recueillie par M. Gilbert Robin — Concours Médical 1925, p. 174).

Il s'agit d'un garçon boucher de 23 ans, dans les antécédents personnels ou héréditaires duquel on ne retrouve rien de pathologique et qui, après une courte période de troubles de l'humeur, fait un épisode toxico-infectieux typique avec excitation psychique et désordres des actes nécessitant un placement d'urgence à l'Asile. Après cessation des phénomènes aigus ■● révèle l'état hétérophrénique.

Dans la première de ces observations, il convient de faire entrer en ligne de compte les antécédents pathologiques du sujet : grands-parents alcooliques et tuberculeux — Troubles endocriniens se traduisant par de l'obésité, du retard de développement des organes génitaux. Enfin l'arriération intellectuelle, les malformations physiques doivent être considérées comme indices de tares prédisposant à la psychose.

Cependant, le processus morbide ne s'est développé que consécutivement à des phénomènes d'allure aiguë, à un état confusionnel banal avec quelques idées délirantes, polymorphes, qui a fait place rapidement à l'état discordant.

Quelle est la part qui revient à chacun de ces facteurs ? Dans quelle mesure doivent-ils être considérés, les uns comme prédisposants, les autres comme déterminants dans la genèse de la psychose ?

Doit-on se ranger à l'opinion mitoyenne et dire avec certains auteurs que l'épisode aigu a déterminé le processus sur un terrain héréditairement prédisposé ? Cela n'explique point le passage de l'état confusionnel type à l'état hétérophrénique qui s'en distingue profondément. Pour Deny, ces épisodes confusionnels ne sont que des épiphénomènes. Chaslin condamne l'assimilation de la D. P. à la confusion mentale, fût-elle chronique. Pour cet auteur, la stupeur est une manifestation directe de la confusion, alors que dans la D. P. elle doit être reléguée au rang de symptôme purement moteur.

Ceci nous semble conforme à ce que l'on peut constater dans la plupart des cas de cet ordre. D'ailleurs, à la période d'état, ces malades ne se distinguent nullement de ceux dont la psychose a débuté d'autre manière; et si le terme « Confusion Mentale » présente chez eux une certaine valeur descriptive à un stade de confusion aiguë, il ne paraît nullement justifié quand il s'applique aux malades entrés d'emblée, par exemple, dans l'hétérophrénie, et qui n'ont présenté à aucun moment des signes de la série confusionnelle.

M. le Professeur Claude, à propos du malade de la seconde observation, insiste sur un signe important

et qui sera précieux pour le diagnostic différentiel, savoir : l'indifférence profonde du Dément précoce.

« Il est rare de trouver dans la confusion mentale chronique une indifférence aussi grande que celle que nous avons rencontrée chez notre malade ».

CHAPITRE QUATRIEME

Voici maintenant un autre mode de début de la Démence précoce important à bien connaître, en raison des difficultés médico-légales qu'il peut soulever et dont l'observation rapportée ci-dessous est un bon exemple. Il s'agit alors du diagnostic différentiel entre la perversion constitutionnelle et les troubles moraux de même aspect que la psychose peut déterminer à son début.

OBSERVATION IV. — B... L..., âgé de 17 ans $\frac{1}{2}$, a été envoyé le 28 Juin 1926 au Patronage de l'Enfance, à la suite d'un jugement du Tribunal de la Seine, en date du 22 juin de la même année.

Père mort de mal de Pott, à 40 ans. N'était pas alcoolique, mais s'est toujours montré très coléreux. Avait une bonne instruction (parlait plusieurs langues).

Son père, avocat, est mort à 76 ans, après avoir joui d'une bonne santé.

Sa mère : exaltée, très versée dans les pratiques de la religion, (aurait abandonné une grosse part de sa fortune aux œuvres religieuses).

Elle a deux frères (capitaine et ingénieur) bien portants.

Mère : infirmière, âgée de 53 ans, est en bonne santé. Ses parents sont morts, pas d'anomalie psychique dans sa famille.

SUJET : L'enfant est né quand le père était en pleine tuberculose. La mère, craignant la contagion, aurait fait des tentatives d'avortement au cours de la grossesse (1). A 7 mois elle a une hémorragie. L'enfant né à 8 mois pesait 3 kilos 750. Il a été nourri au sein jusqu'à 6 mois.

Première dent à 13 mois.

Marche à 18 mois.

Parole à 8 mois. Phrases à l'âge normal.

Propreté de bonne heure.

A été mis en nourrice à 8 mois, où il est resté jusqu'à l'âge de 7 ans. A ce moment il présentait de l'agitation nocturne.

MALADIES : Rougeole, coqueluche, végétations adénoïdes opérées. N'a jamais eu de convulsions. Entre 11 et 13 ans, crises de somnambulisme, au cours desquelles il se lavait, s'habillait, serait même sorti si son père ne l'avait retenu. A toujours parlé en dormant.

SCOLARITÉ : de 8 à 14 ans. Il passe avec succès son Certificat d'études à 14 ans. S'est montré, surtout au début bon élève. Actuellement il lit couramment, mais de façon monotone et saccadée. La compréhension des choses lues est bonne. L'écriture minuscule est également satisfaisante. Pas de fautes d'orthographe. Calcul lent. Sait sa table de multiplication. Age mental : 14 ans. Après sa sortie de l'école il fait successivement les places suivantes :

1 — Lire les travaux et les observations de Mme Nageotte publiés à ce sujet.

1° Aide comptable, où il reste 1 an. Quitte ce travail parce qu'il ne lui plaît pas.

2° Commis aux écritures dans une perception. S'en va parce qu'on refuse d'augmenter ses appointements.

3° Facturier dans une maison de cuirs et peaux. Y reste 1 an. Est remercié à la suite de détournements. Il encaissait l'argent et le gardait par devers lui. Pour ne pas éveiller les soupçons, il grattait dans les livres, les sommes correspondantes. Il n'a d'ailleurs pas été découvert et seules, de fortes présomptions ont été retenues contre lui.

4° Employé de bureau chez un liquoriste. Est parti après 4 mois parce qu'il ne s'y plaisait pas.

5° Employé dans une Compagnie d'assurances. Il quitte cet emploi pour la même raison.

CARACTÈRE : D'après les renseignements qu'il donne sur lui-même : « Il ne s'emporte jamais, n'est pas coléreux, ne ment que pour se défendre. Aime la lecture (Balzac, Scènes de la vie parisienne, Victor-Hugo, N.-D. de Paris). Avait l'humeur gaie avant son arrestation ». Par contre, la mère fournit les renseignements suivants : Colères terribles, se roule à terre, casse des vitres, soulève des meubles, les renverse, saute par les fenêtres. S'emporte pour des motifs futiles. Depuis un an on ne peut lui faire la moindre observation. Toujours renfermé, sombre, sournois. Ne s'est pas fait un seul camarade à l'école. Restait à l'écart durant les récréations

Il n'aime pas sa mère, mais s'est montré très affectueux envers son père qu'il a soigné avec beaucoup de dévouement. Il a même obtenu en récompense une médaille d'honneur (prix Monthyon). Il a rarement embrassé sa mère et a préféré ne pas la voir

durant son séjour en prison. Il prétend qu'elle ne peut le comprendre, qu'elle est vieille. Lui, a des idées nouvelles. Parfois cependant il se livre à de brusques écarts de tendresse. Est très désobéissant. Il lit beaucoup, s'enthousiasme pour Nietzsche dont il a lu des extraits, Dostoïewsky, Paul Adam. Très travailleur, mais intéressé. Avant Août 1925 n'a jamais volé. Mais à ce moment, un patron avertit sa mère qu'il ne rendait pas la monnaie. Gardait 5 fr., 2 fr., 10 fr., en prétextant qu'il se trompait. Un jour qu'il travaillait au jardin avec une « ardeur malade », sa mère lui conseille de se reposer. Il entre alors dans une violente colère, et « les yeux hors de la tête », il lui porte un coup de bêche. Le lendemain, il a honte de son acte.

Pour expliquer la provenance de son argent, il dit à sa mère qu'il travaille dans un cinéma. Thésaurisait avec l'argent volé. Ne s'amusait pas, ne recherchait pas la compagnie des femmes pour lesquelles il n'a cependant aucune aversion. Explique sommairement les mobiles de ses actes délictueux : il se croyait en droit de voler, puisque ne possédant rien. A la campagne, se montre plus calme.

VOLS : Outre les vols commis chez ses patrons, dans l'espace de quelques jours.

1° Il vole des outils et des phares d'auto.

2° S'empare d'un violon et d'un coffre à bijoux, après s'être introduit dans un hôtel meublé.

3° Cambriole un chantier, à Montrouge, à 1 heure du matin. Après avoir sauté par-dessus la muraille, enfonce la porte d'un bâtiment dans ledit chantier; vole 560 francs, des livres de poésie et de philosophie, laisse le linge parce qu'il est marqué et place son butin dans une valise préparée à l'avance. Rentre

tranquillement à la maison, sa mère ne se doutant de rien car elle travaille la nuit. A gardé chez lui les objets volés qu'il n'a pas eu le temps de vendre.

Est arrêté le 5 Janvier, en raison des soupçons qui pèsent sur lui. Passe par le Dépôt, la Petite Roquette (5 mois $\frac{1}{2}$). Est ensuite envoyé au Patronage, conformément aux conclusions d'une expertise, dont voici le texte :

« Il est permis de penser que B... ne soit pas
« atteint d'aliénation mentale, qu'il ne puisse être
« considéré comme ayant accompli les actes qui lui
« sont reprochés sous l'influence d'un état de dé-
« mence. Son comportement dans la vie, ses réactions
« en toutes sortes de circonstances, son hérédité et
« son état physique permettent de penser qu'il existe
« chez lui des anomalies psychiques et biologiques de
« nature à lui attirer une certaine indulgence. C'est
« pour ces raisons qu'il nous apparaît qu'une œuvre
« de redressement moral pourrait peut-être modifier
« les tendances perverses et antisociales de ce garçon,
« chez qui le régime pénitentiaire exaltera au con-
« traire l'esprit de révolte ».

Conclusions :

« B... L... n'était pas en état de démence quand
« il a accompli les vols qui lui sont reprochés. Il doit
« en rendre compte à la justice. B... est un déséqui-
« libré instable, pervers, amoral, dont les tendances
« antisociales, qui se sont déjà affirmées depuis assez
« longtemps, peuvent être sous la dépendance de
« conditions biologiques héréditaires. A cet égard, il
« mérite quelque indulgence. Il serait désirable qu'on
« tente, en le confiant à une œuvre de redressement

« moral, d'amender ses mauvaises tendances ».

Interrogé au Patronage, il dit avoir volé parce qu'il ne gagnait pas assez en travaillant, qu'il avait besoin d'argent et qu'au surplus les préjugés ne l'embarrassaient point. Mais il veut travailler à nouveau et promet de ne plus voler.

EXAMEN PHYSIQUE : Scoliose — Epaule gauche plus élevée que la droite. Assez bonne denture. Voûte palatine ogivale. Pupilles légèrement irrégulières et festonnées.

Avis du Docteur Heuyer. — « Pas de débilité intellectuelle, mais discordance entre l'intelligence sensiblement normale et les troubles de la conduite, l'indifférence affective, l'attitude bizarre, les gestes brusques et impulsifs. Enfant normal jusqu'à l'an dernier, où il a commencé à voler : gravité progressive des vols prémédités et bien coordonnés; mais quasi sans utilisation. Mélange de dissimulation et de cynisme. Est taciturne, renfermé, peu sociable. Dispositions paranoïaques (méfiance, orgueil, interprétations fausses). Tendances pédérastiques.

Révolte précoce. Lourde hérédité pathologique. Grandes réserves à faire sur l'avenir mental. *Possibilité d'un début de Démence précoce.*

Mesures à prendre : toute condamnation aggraverait la réaction du sujet. Tenter, sous surveillance très stricte, un placement à la campagne (prévenir le patron). En cas de récidive, placement dans un asile ».

Il est alors placé, par les soins du Patronage, chez un épicier.

5 mois après, son patron le ramène à la suite d'un vol de bougies et de boîtes de sardines. On trouve dans sa valise un attirail de cambrioleur.

La mère donne les renseignements suivants : après

s'être bien comporté durant 3 mois il a de nouveau présenté des troubles du caractère. De plus, il semble se voûter et maigrir. Son regard est fuyant. Il se plaint de maux de tête. Enfin, un jour, il frappe un surveillant, parce qu'on l'a obligé à se faire couper les cheveux.

Monsieur Heuyer délivre un certificat d'internement, en conclusion duquel il signale le début d'un processus hétérophrénique (1).

Le dernier certificat d'asile, en date du mois de Mai 1927, confirme le certificat d'internement, en même temps qu'il signale de nouveaux symptômes d'aggravation évolutive.

Il y aurait long à dire sur cette observation et sur les cas similaires que le psychiatre est appelé à rencontrer fréquemment au cours de sa pratique. Ici la difficulté était très grande de porter dès l'origine des troubles, le diagnostic ferme de D. P. Les manifestations psychiques morbides présentées par B... étant exactement superposables à celles que l'on rencontre chez les pervers instinctifs.

La perversion n'est apparue que tard chez un sujet assez lourdement grevé dans son hérédité, mais dont la seconde enfance s'est passée sans troubles accusés du sens moral et du caractère. On a noté cependant une certaine morosité, un comportement taciturne qui, dès l'école, a fait le vide autour de lui. Les témoignages des voisins joints au dossier sont unanimes à mentionner l'allure renfermée, peu communicative de B., son attitude étrange, son indifférence impolie pour l'entourage. Mais il n'était alors

1. — Ce malade a été présenté par M. Claude à la Société de Médecine Légale (octobre 1926).

nullement question des troubles graves qu'il devaient plus tard ouvrir la marche au cortège symptomatique. On a même vu avec quelle affection méritoire il a soigné son père malade. La psychose a évolué en deux ans; les vols, les délinquances, les colères morbides ne font que croître de fréquence et de gravité depuis le moment où il quitte sa première place. Les cambriolages, les détournements qu'il opère sont menés à bien avec une adresse et un sang-froid remarquables. L'utilisation en est médiocre, ou même nulle, ce qui ne laisse pas de surprendre un peu. Son « machiavélisme » ne survit pas à l'acte délictueux et il apparaît suffisamment qu'il se donne beaucoup de peine pour de piètres résultats. Voilà déjà un léger signe de discordance. Mais bien ténu et difficile à mettre en balance, au début tout au moins, avec les gros signes de perversion.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est que, malgré l'apparition récente des troubles de type pervers, malgré le soupçon de Démence précoce, que de tels symptômes n'ont pas manqué de faire naître dans l'esprit des experts, cette affection a pu donner à la présentation clinique un cachet d'authenticité assez parfait pour faire conclure par l'expertise au diagnostic de psychose perverse classique. On peut juger de l'intérêt médico-légal de la question.

Ce cas rentre dans le cadre nosologique décrit par Deny, sous le nom de « Démence précoce morale », par Mlle Paseal sous celui de « folie morale acquise ». Le Professeur Claude, en collaboration avec M. Gilbert Robin, a donné dans le Concours Médical (1925, page 2318), une observation comparable à la nôtre, sauf en ce qui concerne la période prodromique de perversion. En raison de l'intérêt qu'elle présente, nous

nous permettrons d'en donner le résumé. Nous ajouterons quelques extraits des commentaires dont elle a été l'objet, regrettant de ne pouvoir les reproduire in-extenso.

F... a 20 ans. Lourde hérédité. Père alcoolique, épileptique, sujet à des obsessions, des accès de fureur. Grand'mère paternelle perverse sexuelle. F... a été à l'école de 5 à 15 ans. Certificat d'études à 14 ans. A toujours eu un caractère difficile, avec tendances aux méchancetés, aux calomnies, aux mensonges. Mais c'est surtout depuis l'âge de 12 ans qu'elle fait des scènes violentes rendant la vie insupportable à sa mère. Placée chez ses grand-parents, ceux-ci ne la peuvent point garder. Commence pour la mère un long calvaire, où elle est victime des méchancetés et calomnies de sa fille. Celle-ci écrit à la famille que sa mère la maltraite, l'encourage à se prostituer, lui donne des aliments pourris. Tous les matins au réveil elle jette ses chaussures à la figure de sa mère en proférant des menaces de cette sorte : « Tant que tu ne m'achèteras pas une robe, un chapeau, des chaussures et des bas de soie, je te jetterai mes chaussures sur la g... ».

Après avoir trouvé quelques emplois presque aussitôt quittés, les crises de violence haineuse deviennent à ce point fréquentes que l'internement s'impose, en raison du danger réel couru par la mère. Elle est envoyée à Ste-Anne, le 4 Juillet 1922, avec le certificat suivant du Docteur de Clérambault.

« Perversions instinctives, mendacité, inventivité, « mythomanie, calomnieuse, anesthésie affective, « haine familiale spontanée. Injures, scènes de scandales envers sa mère. Tente de la diffamer, agressive « sive caractéristique en notre présence. Se vante « de vices (mentir, nuire et nuire). Assurance mor-

« bide. Discute contre nous avec hauteur ».

Après sa sortie, est successivement couturière, modèle, change souvent de places, se fait remarquer par ses sautes d'humeur. A ce moment débute une phase d'agitation avec idées délirantes polymorphes, qui nécessite un second placement. On la suggestionne, on l'électrise, la systématisation de haine familiale se relâche, s'effrite. Apparaissent des phénomènes d'influence des grimaces, des rires sans motifs, des tendances impulsives. C'est le tableau classique de l'hébéphrénie.

Avant de se présenter comme hébéphrénique F... était manifestement atteinte de folie morale vraie constitutionnelle. Ce diagnostic est d'autant plus justifié que des manifestations analogues se retrouvent chez sa sœur qui, elle, n'a pas évoluée vers la D. P.

Nous extrayons ce qui suit des conclusions de MM. Claude et Robin :

« Cette observation est des plus intéressante, tant
« au point de vue nosographique qu'au point de vue
« pratique. Ce cas comporte deux diagnostics diffé-
« rents suivant la phase de la maladie ».

« Un autre point mérite de retenir l'attention.
« Les perversions affectives et morales, les tendances
« aux fugues, au vagabondage, aux vols, aux rixes,
« chez l'homme et à la prostitution chez la femme,
« marquent souvent le début de la Démence précoce.
« Il importe de ne pas confondre cette folie morale
« acquise, où *les symptômes de la démence précoce sont*
« *déjà manifestes*, avec la folie morale vraie consti-
« tutionnelle qui, chez F..., a existé jusqu'à l'inva-
« sion récente des manifestations dementielles. Une
« démence précoce succédant à une psychose perverse

« constitutionnelle n'est pas chose fréquente. Il importait de signaler le fait ».

Nous discutons ce seul point : que dans certains cas (dont le nôtre), les signes de folie morale acquise ne s'accompagnent pas toujours de signes manifestes de démence précoce; chez notre malade, l'identité avec la perversion instinctive était si frappante qu'un certificat concluant à cette dernière a été établi par les experts, alors que cependant débutait l'hébéphrénie.

Un dernier mot sur ce sujet. Il faudra rechercher dans les antécédents de ces malades l'existence possible d'un état fébrile accompagné de diplopie, de somnolence, signes révélateurs d'une encéphalite épidémique. On aura toujours présent à l'esprit le fait que certains débuts de démence précoce, ainsi qu'on l'a vu précédemment, peuvent aussi s'accompagner d'un état fébrile, parfois avec catatonie et stupeur. Il faudra en distinguer l'encéphalite.

Voici ce que nous extrayons des conclusions de MM. Laignel-Lavastine et Logre, à l'occasion d'une communication à la Société de Psychiatrie (1) :

« L'obstacle au diagnostic (différentiel entre encéphalite et hébéphrénocatatonie) ne tient pas seulement à ce fait vague et général que ces affections présentent l'une et l'autre des symptômes psychiques; il tient encore et surtout à cette notion précise que le syndrome psychique de l'encéphalite léthargique et celui de l'hébéphrénie offrent un certain nombre de troubles mentaux communs, ou du moins très malaisés à distinguer les uns des au-

1. — Hébéphrénie-catatonie et encéphalite-léthargique. (Soc. de Psychiatrie 17 juin 1920).

« tres (aspect somnolent, stupeur, catalepsie, stéréotypies, impulsivité incohérente et agressive, etc.) ».

Et dans un autre article (1), M. Logre s'exprime en ces termes :

« Si nous nous en rapportons à nos observations, l'intérêt majeur de la séméiologie psychique de l'encéphalite léthargique, au moins dans certains cas, nous paraît être le suivant : elle peut non seulement reproduire la catalepsie, mais encore imiter avec une singulière exactitude et à s'y méprendre, les éléments du syndrome catatonique tout entier... »

« Au total, c'est sans doute par des raisons profondes de déterminisme séméiologique, et peut-être même lésionnel que peut s'expliquer l'affinité des troubles mentaux dans l'encéphalite léthargique d'une part, et dans l'hébéphrénocatatonie d'autre part. C'est pourquoi, en présence d'un syndrome hébéphrénocatatonique brusquement éclos, nous ne pourrions désormais nous abstenir de songer à l'encéphalite léthargique et d'en rechercher les autres symptômes ».

Enfin on devra avoir présents à l'esprit la fréquence des troubles du caractère et du sens moral, de l'anesthésie affective, des perversions qui, chez l'enfant et l'adolescent, suivent fréquemment l'encéphalite. Les antécédents de somnolence, de diplopie, et surtout les modifications du liquide céphalo-rachidien doivent être minutieusement recherchés dans les cas où le diagnostic hésite devant l'ambiguïté symptomatique.

1 — Deux cas d'encéphalite léthargique avec syndrome psychique ressemblant au syndrome hébéphrénocatatonique.

2 — Voir également : Euzière, Blouquier ; Démence précoce hébéphrénocatatonique post-encéphalitique. (Société des Sciences médico-biologiques de Montpellier et du Languedoc (23 février 1923).

3. — Professeur Claude Troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique (Soc. de psych. Juillet 1920) et suites éloignées de certains troubles mentaux post-encéphalitiques. (Soc. Méd. psych. 27 février 1920).

CHAPITRE CINQUIEME

Nous abordons ici un mode d'entrée dans la Démence précoce, caractérisé par la présence du syndrome d'Automatisme Mental, tel que l'a défini M. de Clérambault.

Les délires accompagnant la Démence précoce ont été bien mis en évidence par tous les auteurs qui ont traité de cette psychose. Nous ne pensons pas que l'on ait précédemment donné une étude particulière du syndrome d'automatisme chez ces malades ainsi que des formes de délire qui en sont les réactions.

Nous ne reviendrons point sur la définition de l'Automatisme Mental. Nous renvoyons pour cela aux nombreuses publications qui ont été faites sur le sujet par M. de Clérambault (Annales Médico-psychologiques N° 2 Février 1927). et M. Heuyer (Compte rendu officiel de la Société de Psychiatrie — Séance du 17 Mai 1927).

Comme nous ne doutons pas que cette conception ait acquis d'ores et déjà droit de cité dans le monde psychiatrique (ne serait-ce qu'en raison des grandes facilités qu'elle apporte dans l'examen clinique du délirant et dans l'explication logique de son délire),

nous en rechercherons le mode d'action au début de la démence précoce.

Nous présentons d'abord quatre observations qui nous paraissent démonstratives.

La première se rapporte à un malade qui, par sa présentation, ressortit autant au chapitre précédent qu'à celui-ci où nous le plaçons. Il servira de transition entre les deux.

OBSERVATION V. — R... G..., 21 ans, est amené à l'Infirmierie Spéciale le 23 Février 1928.

C'est un garçon de taille et de corpulence moyennes, souriant, loquace, il va nous conter son histoire avec aisance, presque familièrement.

Il nous apprend qu'il est sujet belge, titulaire de nombreuses condamnations et particulièrement d'infractions multiples à un arrêté d'expulsion. Il ne peut quitter Paris, qui est, déclare-t-il, le milieu indispensable à son activité. Il a autrefois été envoyé au Patronage Rollet (1924) mais il s'en est évadé, ainsi que des places où on avait tenté de le faire travailler. Après avoir raconté diverses aventures où sa tendance imaginative se donne libre cours, il nous dit avoir été marin et aurait séjourné au Congo belge. Puis il nous fait le récit d'une longue histoire délirante. On lui a dit qu'une pâtisserie du Quartier Latin était affiliée à « Oxyard Office », ce qui, en anglais, veut dire : « l'œil sur le terrain ». Il va donc s'y présenter pour faire ses offres de services, car il est désireux d'entrer dans la « police privée ». On le traite de « fou » et il demande quel est le motif d'une telle mystification. Il s'aperçoit alors d'un changement particulier de l'ambiance et remarque des coïncidences bizarres. Il trouve une in-

interprétation symbolique à certains gestes des passants. On le reconnaît. On devine ses qualités de détective et les gens se méfient de lui. Il retrouve des relations inattendues entre des faits disparates. Un télégramme aperçu dans le bureau d'un journal où il s'est présenté soi-disant pour un reportage intéressant, est certainement adressé à un certain Monsieur F..., qu'il connaît particulièrement. Une cigarette offerte par un inconnu lui a causé un malaise indéfinissable. Il se dit pédéraste « Je suis un dégénéré cérébral » ; et se targue d'avoir eu des relations homosexuelles avec le prince royal d'un pays voisin. Ce prince l'aurait mis dans un « sérail d'invertis ». Emploie un fatras de termes spagiriques : parle d'incubes, de sucubes. La psychanalyse l'a conquis et il a lu Freud, « Tout homme a au moins une heure de folie subconsciente chaque jour ». Automatisme mental : écho des propos et des actes, idées d'influence, se dit hypnotisé et subit des « emprises » étrangères. Conscience de l'état morbide : « Oh ! je vois bien que vous me prenez pour un fou ; vous allez m'envoyer à Ste-Anne ». Il s'est présenté au poste de police, disant qu'il venait dévoiler un complot : « L'Angleterre convoite le Pas-de-Calais et les Alpes-Maritimes. Les forces navales anglaises doivent procéder à un débarquement clandestin dans la rade de Villefranche ».

Il sait cela à la suite d'un entretien qu'il a eu dans un café de Montparnasse avec un affilié de « Oxyard Office ». Il a, d'ailleurs, pris des notes sur les pages d'un carnet qu'il nous prie d'examiner. Il conclut en disant : « Si je racontais ma vie, ce serait un roman fantastique ». Il est enfant naturel, élevé par sa grand-mère maternelle. Sa mère, dit-il, est très nerveuse et impressionnable.

Il développe ses théories et expose ses idées avec un cynisme confiant et naïf. Son attitude est bizarre par instant.

Il est l'objet du certificat suivant (Dr Heuyer) :

« Troubles psychiques de caractère discordant.

« Idées délirantes imaginatives. A connu à Montparnasse le prince de Galles. Il a signalé à celui-ci la construction d'une ligne de chemin de fer au Congo Belge et ainsi lui a fait gagner 250.000 fr. Le prince de Galles voulait faire de lui son ami et l'emmener en Angleterre. Il a un avion à 3 places, avec un œil entre les deux ailes. Cet avion permet aux agents de la police anglaise de partir immédiatement. Il existe, sur la Côte d'Azur, trois maisons d'espionnage, etc., etc. Automatisme mental. Transmission de pensée. Prise de la pensée. Hallucinations psychiques et psychomotrices. Inhibition, sentiment d'influence. Mentisme. Excitation psychique. Loquacité. Certaine conscience d'un état morbide. L'ense être l'objet d'une mystification. Antécédents de déséquilibre. Sujet belge. A fait un séjour à Molle. A été placé au Patronage de l'Enfance. Evasion. Expulsion. A subi une dizaine de condamnations pour infraction à arrêt(d'expulsion. Vagabondage et infraction à la police des chemins de fer. Veut rester en France. Pédérastie depuis l'âge de 16 ans. Inverti sexuel. S'est présenté spontanément au poste de police pour offrir ses services au chef du contre-espionnage.

« Pas de signes neurologiques ».

Ainsi se retrouve conjointement chez ce malade un syndrome de perversion remontant à plusieurs années et un syndrome d'automatisme mental dont l'origine est plus récente. La forme imaginative du dé-

lire est de celles que l'on rencontre avec une grande fréquence chez ces sujets jeunes.

L'observation qui vient ensuite nous paraît présenter un intérêt tout particulier. Comme la précédente, elle dépasse le cadre de ce chapitre, mais plus largement encore. Car elle affirme à la fois les origines dégénératives de l'affection et la notion de maladie familiale qui s'y rattache. Le syndrome d'automatisme mental ne figure qu'à titre de particularité dans un vaste ensemble morbide. Il est intéressant d'étudier le malade en fonction des tares organiques héréditaires dont sa psychose, ainsi que les troubles neuropsychiques observés chez ses collatéraux, sont les manifestations diverses.

OBSERVATION VI. — L... E..., 19 ans. — Vient consulter le 28 Juin 1927.

Le second d'une famille de 6 enfants :

1 frère est mort l'année précédente, de méningite, à l'âge de 18 ans.

1 sœur de 22 ans a un mal de Pott.

1 sœur de 17 ans a des troubles circulatoires.

1 frère de 16 ans est paraplégique.

1 frère de 14 ans a un caractère schizoïde.

1 sœur de 10 ans est bien portante.

Père : très neurasthénique et déséquilibré.

Son père est mort de congestion pulmonaire.

Sa mère d'une embolie.

3 de ses frères et sœurs sont morts en bas-âge, de convulsions, et un cousin germain est interné depuis l'âge de 15 ans.

Mère : fait une fausse-couche après son premier enfant.

Son père est mort de péritonite tuberculeuse à 45 ans.

Sa mère asthmatique est morte à 36 ans.

2 sœurs sont mortes tuberculeuses.

SUJET : Né à terme, marche, parole, propreté à l'âge normal. A passé son Certificat d'études à 13 ans $\frac{1}{2}$. Il commence à exercer à 14 ans la profession de calqueur-dessinateur. Au début, il travaillait très bien.

Depuis 2 ou 3 ans il a beaucoup changé. Bien qu'il n'ait présenté aucune maladie vers cette époque, son ardeur au travail s'est peu à peu ralentie. Il en arrive à se désintéresser de tout, paraît déprimé, fatigué. Cet état se serait accentué après la mort d'un frère qu'il aimait beaucoup.

Il se croit alors persécuté par son cousin. Ce cousin qu'il affectionnait lui apparaît comme animé soudain de mauvais sentiments, et, pour arriver à ses fins, emploie des procédés « spéciaux ». C'est de lui que vient cette impression d'annihilation de la volonté dont souffre L... Celui-ci, en effet, se sent influencé, il agit suivant des forces qui « lui viennent du dehors ». Il est certain de ce qu'il avance, car il a « observé les gens et sait maintenant ce qu'il a à faire ».

Il fait ensuite une fugue de 15 jours. Son intention était de se rendre en pèlerinage à Jérusalem et d'échapper ainsi aux manœuvres de son cousin. Il se rend d'abord en Belgique, après avoir fait une partie du voyage à pied et se fait embaucher dans une usine. Il se dirige ensuite vers l'Allemagne, mais on l'arrête à la frontière et son signalement est donné à la police française. Comme on l'accuse de vagabondage, il proteste et demande à être rapatrié et conduit à son domicile.

De Belgique il avait écrit un mot à sa mère. Les idées d'influence se développent consécutivement au syndrome d'automatisme mental qui se précise peu à peu.

On lui parle par T. S. F. parfois les voix sont perçues à l'oreille, parfois c'est dans sa tête qu'il les entend.

On répète ce qu'il pense et ce qu'il voit, ses pensées les plus intimes sont connues de tout le monde.

Ses idées sortent comme en rêve, et pourtant il se sent bien éveillé. D'autrefois, c'est le soir qu'il voit défiler dans son esprit des images qui le surprennent et le révoltent, par leur caractère obscène. Il lui est particulièrement désagréable d'être dérangé quand il « pense ». Cependant il dort assez bien. Il refuse parfois les aliments, auxquels il trouve un mauvais goût ou une mauvaise odeur. Depuis quelque temps il est devenu irritable et coléreux. Un jour, au cours d'une querelle avec sa sœur, il va jusqu'à la frapper brutalement.

Il présente des stigmates de dégénérescence, un front olympien; son attitude au cours de l'examen est embarrassée et indifférente. Il tourne son chapeau entre ses doigts et regarde fixement à ses pieds.

Il est important de signaler qu'un de ses frères, âgé de 14 ans, est venu consulter pour des troubles du caractère, une disposition à la solitude morose, une tendance à la dépression et à la tristesse. On retrouve chez lui les éléments caractéristiques de la constitution dite schizoïde.

L'internement de L... est jugé nécessaire. Il est envoyé à Ste-Anne, avec le certificat suivant (Docteur Heuyer) :

« Idées délirantes de persécution et d'influence.
« Interprétations morbides très pauvres, mal systé-
« matisées. Syndrome d'automatisme mental. Hal-
« lucinations auditives. Injures. Enonciation des ac-
« tes. Hétéro-impulsions. Hallucinations olfactives,
« troubles de l'attention. Mentisme. Dissociation
« mentale profonde. Indifférence affective. Inactivité.
« Troubles du caractère. Impulsions. Instabilité.
« Violences contre l'entourage. Bris d'objets. Fu-
« gues. Lourde hérédité de la lignée paternelle. Dé-
« mence précoce probable. Cet état qui peut être une
« cause de troubles pour l'ordre public et de danger
« pour la sécurité des personnes nécessite le pla-
« cement dans un établissement consacré au traite-
« ment des maladies mentales ».

Voici maintenant le certificat d'internement du troisième malade (M. Heuyer). Il a la valeur descriptive d'une observation :

OBSERVATION VII — « G... G..., 14 ans $\frac{1}{2}$.
« Présente des troubles psychiques caractérisés par :
« Idées polymorphes de persécution et de grandeur
« avec troubles psycho-sensoriels très actifs. Hallu-
« cinations auditives et hallucinations psychiques.
« Voix qui lui parlent, qui lui disent des injures, lui
« donnent des conseils et des ordres, particulièrement
« lui ordonnent de fuir, de se tuer; hallucinations
« impératives qui durent depuis trois mois et aux-
« quelles il obéit sans discussion de façon impulsive
« et imprévue. Voix antagonistes, les unes protec-
« trices, les autres hostiles. Sentiment d'influence.
« Action qui s'exerce sur lui à distance, qui lui donne
« des pensées étrangères, qui le fait penser, parler et
« agir malgré lui. — Idées de persécution mal systé-

« matisées : il a des ennemis qui lui en veulent. Idées
« de satisfaction et de grandeur de mécanisme ima-
« ginatif et sur des thèmes absurdes : il est capable
« de tout faire, de tout comprendre, d'aller dans les
« astres en avion, de commander à tout le monde,
« etc... Désordre des actes. Reactions impulsives.
« Fugues à répétition : récemment a été arrêté à
« Châlons, pour infraction a la police des chemins de
« fer; est resté quelques jours en prison; il y a trois
« jours, nouvelle fugue à Paris, a été retrouvé au
« commissariat de police; tentatives multiples de dé-
« fenestration. Affaiblissement intellectuel de type
« discordant. Indifférence à son sort, inaffectivité à
« l'égard de ses parents. Incapacité d'effort; fatiga-
« bilité, inactivité depuis 2 ans, désintérêt progressif
« de l'étude — Paresse, inattention; a dû être retiré
« de l'école; actuellement parle de façon télégraphi-
« que : véritable salade de mots. Début des troubles
« psychiques il y a 3 ans environ; évolution progres-
« sive. Phase de vols impulsifs pendant 2 mois, l'an
« dernier. Pas de signes neurologiques sauf abolition
« des réflexes achilléens. — Probabilité de démence
« précocissime. Gravité actuelle des réactions, qui
« du fait des hallucinations impératives, ont une im-
« pulsivité, une brusquerie qui les rendent très dan-
« gereuses, car elles ont toutes comme but la fugue
« ou la tentative de suicide. Inconscience absolue du
« sujet, qui déclare ne pouvoir se tuer à la suite d'une
« chute par la fenêtre, ou ne pouvoir mourir même
« s'il se donne un coup de couteau au cœur. Malade
« extrêmement dangereux pour lui-même, qui a besoin
« d'une surveillance incessante. Il est nécessaire de
« le placer dans un asile spécial consacré au traite-
« ment des maladies mentales ». 25-6-26.

Nous trouvons au dossier le dernier certificat de quinzaine, rédigé par le Docteur G. Petit et dont voici le texte :

« Est atteint de Démence précoce hétérophrénique
« avec crises d'agitation impulsive et impulsions
« dangereuses. On note actuellement un état de dé-
« pression avec inertie psycho-motrice. Absence de
« spontanéité. Semi-mutisme. A maintenir ». 9-17-27.

OBSERVATION VIII — M... A..., 23 ans. Vient consulter le 7 Juillet 1927. A accompli son service militaire de février 1919 au 23 avril 1921. Alors qu'il était au régiment, à Bar-le-Duc, commence à s'apercevoir que l'on annihile sa volonté, on l'empêche de faire ce qu'il veut. Idées d'influences : une volonté étrangère agit sur lui par des procédés électriques et a le pouvoir d'inhiber ses actes. Troubles psycho-sensoriels. Hallucinations auditives. On lui crie : « C'est lui, c'est le roi Elie ! »

. Interprétations morbides. Une orange l'a rendu malade. Insomnie. Des camarades obéissent aux mêmes suggestions. Troubles de la cénesthésie. Ressentait dans les doigts et les jambes des picotements attribués à l'électricité. Inhibition en présence des femmes. On le rend impuissant. Prise et écho de la pensée. Sentiment de bizarrerie, d'étrangeté.

Répète souvent : « C'est bizarre ! » Il a toujours été taciturne. Ancien élève à Turgot, il s'est montré dès l'école instable et distrait. Passe son certificat d'Etudes avec succès, mais échoue au brevet.

Il veut actuellement entrer dans la Banque. Il n'a pas travaillé depuis sa démobilisation. Pas de systématisation. Pas d'idée de persécution. Doute partiel de la réalité du délire et des hallucinations :

« Est-ce un dérangement de mon esprit ? »

Père débile imagitatif. Celui-ci prétend que, d'après des parchemins, la famille descend des comtes de M..., apparentés aux Chambord. Interprétations rétrospectives. Un enfant a été recueilli à la révolution par les républicains, des titres ont été brûlés. Le malade émet des doutes sur son père, « qui n'est peut-être pas réellement son père ». — Pas de fugues, sourires discordants. Pas de trouble du caractère (c'est le père débile qui se fâche). Mange et dort bien. Maigrît cependant. Diminution de l'activité — Tendance à la paresse.

La première note médicale porte : Probabilité d'hébéphrénie au début.

Le 22 Juillet 1921. — Vient spontanément se plaindre que le traitement l'a déprimé. On restreint de plus en plus son champ de pensée et d'action. Son métier de représentant lui devient intolérable. Voudrait entrer dans un bureau. Incohérence verbale : « Je veux être dans une ambiance ».

La prise de la pensée persiste. Tout le monde sait où il a l'intention d'aller. Ce qu'il pense est connu de tout un chacun. Il vit dans un rêve et ce rêve est la réalité. Il apporte autour de lui une « ambiance nerveuse ».

Conserve ses idées de grandeur, fait des projets matrimoniaux, il a des vues sur une jeune fille. — Ne veut pas voir de femmes, parce qu'il a peur de n'être pas « assez propre ».

Le 1^{er} Août 1921. — La mère nous apprend qu'il a pour elle une profonde indifférence affective. Elle accueille comme vraie l'histoire de la descendance des Chambord. Interpsychologie (par méconnaissance de l'état morbide de son fils

Le 27 Mai 1927. — Même état. Hallucinations psycho-motrices. On continue à agir sur lui. Il sert aux expériences de quelqu'un. On l'hypnotise. Parle de transmission de pensée. Tout cela va finir par lui nuire, et il commence à ébaucher des idées de persécution. — Tendances à l'opposition, à la négation. Incohérence des propos et des actes. Fatigabilité. Ne peut plus lire, mais veut apprendre la sténo-dactylo. Préoccupations hypocondriaques. Mobilité de l'attention et de l'humeur. Hallucinations auditives très actives : « On dit à son oreille qu'il a été pris pour un « sosie ». Télépsychie. Persistance des idées de grandeur. Il descend des Comtes de Chambord. Y joint des idées de force : son regard a un pouvoir sur les autres personnes.

Il est l'objet du certificat suivant (D^r Heuyer) :

« Etat caractérisé par les symptômes suivants :
« Idées délirantes polymorphes de persécution d'in-
« fluence et de grandeur. Interprétations morbides :
« impression de bizarrerie, d'étrangeté du milieu —
« Ordres et inhibition. Idées de filiation aristocra-
« tique. Hallucinations psychiques et psycho-motri-
« ces. Propos entendus dans la rue. Syndrome d'au-
« tomatisme mental. Prise et écho de la pensée. Pro-
« babilité d'affaiblissement psychique — Indifférence
« affective. Paresse — Inertie. Discordance dans l'at-
« titude et les propos. Probabilité d'hébéphrénie au
« début ».

Les certificats d'Asile ont confirmé ce diagnostic.

On trouve dans ces observations la réalisation typique du syndrome d'automatisme. Rien ne manque à ce qui en constitue le trépied fondamental : à savoir des phénomènes automatiques de 3 ordres : moteur, sensitif et idéo-verbal.

De même se retrouvent nettement constatés par le malade lui-même l'écho de la pensée, l'écho des propos et des actes. Ces mécanismes automatiques vont peu à peu donner au sujet l'impression que sa personnalité et le milieu deviennent étranges; en attendant qu'ils lui soient définitivement étrangers. — Les phrases comme « c'est lui ! c'est le roi Elie ! » (1) sont très probablement l'aboutissant d'une « Hallucinosé », qui tend déjà à s'objectiver sur la personne de M... Cette Hallucinosé existait à l'état pur à un stade précédent et restait alors dépourvue de toute réaction affective.

Il est à remarquer que, chez M. A... (Observation VIII), le sentiment d'influence précède l'idée de persécution. C'est ce qui arrive fréquemment, tout comme dans la psychose Hallucinatoire chronique, avec laquelle les observations précédentes offrent du point de vue symptomatologique de nombreuses ressemblances. L'idée d'influence dans la psychose hallucinatoire chronique est la première réaction de l'esprit valide contre les phénomènes envahisseurs. Même, est-elle, plutôt qu'une réaction, une expression première de la simple constatation de ces phénomènes. « On répète ce que je dis, on répète ce que je pense, ou, au contraire, on devance ma pensée, qui devient l'ombre docile d'une pensée étrangère et la suit pas à pas, c'est donc que l'on agit sur moi, que l'on m'influence ». Voilà dans quelle direction va s'engager la psychologie du sujet. Mais cette influence n'est, au début tout au moins, aucunement nuancée de persécution. Il faudra l'apparition des gros phénomènes hallucinatoires, des conversations où se trou-

I. — OBSERVATION VIII.

vont mêlés le nom et la personnalité du malade pour que celui-ci vienne à s'en émouvoir et cherche à s'en défendre. Et encore, dans la plupart des cas, n'agit-il pas comme un persécuté vrai, puisque sa persécution se traduit très souvent par une plainte contre inconnu, avec la teinte dubitative que celle-ci suppose.

Chez le dément précoce, on trouvera plus rarement encore des idées de persécution. Nous croyons pouvoir en trouver l'explication dans le fait que chez l'enfant ou l'adolescent, la personnalité sociale est moins affirmée que chez l'adulte, les rapports avec l'ambiance sont moins étroitement établis; l'imagination n'ayant pas eu à composer avec les longues exigences de la vie matérielle reste encore intempérante et vive. Aussi ce qui chez l'adulte, en lésant les solides habitudes sociales, les droits imprescriptibles, les prérogatives légalement établies, donnera matière à un délire de persécution plus ou moins systématisé, ne dépassera point chez l'enfant le plan imaginaire. Et l'on sait l'imprécision constructive, le mépris des contingences propres aux délires de cette catégorie.

Voici ce que dit M. de Clérambault sur ces phénomènes automatiques, survenant au début et au cours de la Démence précoce.

« Dans la D. P. nous avons observé le plus fréquemment des voix multiples, grossières, confuses, « souvent un Syndrome de Passivité régulier, par « fois une scission initiale avec voix mentale consensuelle unique et notion de la morbidité ».

Il est superflu de rappeler les rapports établis par différents auteurs, entre les psychoses hallucinatoires chroniques et l'hébéphrénie. L'analogie la plus risquée se trouve dans l'adjonction aux 3 autres formes de démence précoce, des « démences paranoïdes »;

cette nouvelle appellation désignant en même temps que le stade terminal des vieilles hébéphrénies, celui des vieilles psychoses hallucinatoires. Même si nous hésitons à donner notre adhésion entière à cette classification (Kræpelin lui-même s'y est en partie refusé par la suite), nous adoptons vivement l'idée clinique fondamentale qui s'en dégage, savoir : la contiguïté étiologique certaine des deux affections. Deux maladies qui se fixent identiquement à leur stade terminal doivent logiquement admettre des causes comparables dans leurs effets, sinon semblables dans leur nature dès les stades initiaux.

L'évolution seule diffère tant dans la présentation du malade que par la durée des diverses étapes du processus.

La notion d'automatisme mental nous permet un rapprochement de plus entre les deux psychoses.

C'est simplifier trop tôt et peut-être inutilement pourra-t-on nous objecter. Mais il ne nous semble pas vain de considérer la simplification, même anticipée, comme le perfectionnement d'une science. Et puisqu'il paraît logique d'étudier les delires de la psychose hallucinatoire en fonction du syndrome d'automatisme, il nous est permis d'en user de même à l'égard de la Démence précoce, surtout de la D. P. au début.

On isole ainsi de l'agencement souvent complexe des divers symptômes plusieurs entités syndromiques dont la connaissance facilite le travail du clinicien. Chaque psychose devient une constellation de syndromes dont chacune des composantes est rapidement identifiable. L'aspect particulier des groupes symptomatiques, les rapports qu'ils présentent entre eux, offrent à l'investigation des voies toutes tracées. Ainsi

dans la Démence précoce où se rencontrent avant tout un syndrome intellectuel d'affaiblissement et un syndrome d'abolition affective, l'apparition d'un Automatisme mental donnera au délire une allure incohérente ou abstraite, qui sera l'expression directe des rapports établis entre ces différents syndromes. Dans la psychose hallucinatoire chronique où persistent longtemps intactes les fonctions du psychisme, l'apparition de l'automatisme va expliquer les délires réactionnels avec systématisation fréquente, que l'on trouve dans cette affection. Le contenu du délire sera nécessairement subordonné aux acquisitions scientifiques, religieuses, littéraires, etc..., qui l'alimenteront, lui donneront sa couleur et son pittoresque, puisque ce sont ces acquisitions qui composent la personnalité intellectuelle du sujet. Mais si ce même automatisme mental se déclenche consécutivement et se poursuit parallèlement à un processus hétérophrénique, le psychisme discordant et affaibli du dément précoce traduira de façon particulière les phénomènes. Il donnera au délire et dès son début une teinte « extravagante » (qu'on nous permette le pléonasmе), évoluant rapidement vers la dissociation complète de la personnalité, terme ultime mais tardif du processus hallucinatoire chronique.

Presque toujours, ainsi que le note M. de Clérambault, il y a, au début, notion de la morbidité, comme on peut le constater chez nos malades. C'est chose moins fréquente à la phase initiale de la psychose hallucinatoire chronique.

Les voix prendront irrégulièrement la forme agressive, impérative, brutale (voir observation VII) et agiront d'autant mieux sur la motricité que l'élément volontaire et affectif est effrité ou disparu. De là

l'obéissance impulsive à un ordre hallucinatoire contre lequel un malade halluciné chronique se serait longtemps défendu, retenu par les facteurs idéo-affectifs intacts. — De même les idées délirantes polymorphes, et particulièrement les idées de grandeur, de transformation, sont la marque d'une déchéance rapide du psychisme. On ne les retrouve que tard dans le décours des psychoses hallucinatoires chroniques. (Magnan). Il semblerait, et ceci s'explique assez bien par le mode de début clinique, que l'atteinte est plus complète et plus grave dès les premières phases de la Démence précoce.

Les psychoses hallucinatoires chroniques supposent un travail de désagrégation anatomique plus lente et plus subtil (de Clérambault).

Nous rangerons dans le même groupe nosologique les malades chez qui l'on trouve au début de l'hébéphrénie un trouble particulier considéré comme ébauche d'un automatisme mental et que l'on désigne sous le nom de : *Mentisme*. Voici la définition de ce phénomène : « Une représentation mentale vive, involontaire, pénible et dont le sujet a conscience de la nature morbide ». (Heuyer).

Le malade, surtout le soir à l'approche du sommeil, voit défiler dans son esprit où elles s'imposent vivement, les représentations mentales d'une foule de pensées inattendues, de souvenirs récents ou passés. On a pu parler d'un véritable dévidage muet des souvenirs. Un pas de plus et l'on a un rassassement continu de paroles, de mots souvent dénués de liens logiques et qui vont parfois jusqu'à incommoder le malade, par leur insistance importune. C'est presque déjà l'hallucination psychique. Nous prenons parmi

plusieurs autres où ce trouble est noté. l'observation du malade suivant :

OBSERVATION IX. — B... M... 16 ans.

Pas d'antécédents pathologiques personnels ou héréditaires. Bon développement physique et intellectuel. A obtenu son Certificat d'études, mais échoue au Brevet Elémentaire. Présente depuis quelques mois des troubles de l'humeur et du caractère. Il se montre facilement irritable, nerveux et impulsif. Souvent il paraît préoccupé, marmotte, recherche la solitude. Son père, avec qui il se prend fréquemment de querelle, s'inquiète de le voir toujours indifférent et distrait. Interrogé, le malade se plaint de penser beaucoup, de penser trop. Le soir, il revoit avec une précision qui l'étonne. les moindres détails de certaines choses vues au cours de la journée. Cela lui donne à réfléchir. — Et une tendance interprétative lui fait expliquer, par de vagues idées de persécution, les cogitations nombreuses qui se déroulent mécaniquement dans son esprit. Il songe aux « conséquences des choses » et marque sa surprise à l'occasion de toutes ces pensées « qui lui viennent ».

N'a pas d'hallucinations. Dort assez bien, a parfois des cauchemars. Revu un an après, il semble que son processus schizophrénique n'ait pas évolué, car il travaille encore bien à son bureau. Persistent sa morosité, son désir de solitude; on surprend des rires immotivés et quelques tics. Il maigrit. Il se masturbe. Le pronostic reste très réservé.

On surprend dans ce genre d'observation le caractère automatique du mentisme qui métaphoriquement peut être assimilé à la bande d'un film composite, où se succéderaient des scènes diverses, parfois

contradictoires, heurtant souvent dans leur suite illogique le jugement encore suffisamment adapté du sujet.

C'est une sorte de rêve conscient, mais moins plastique que celui-ci (stéréotypies), capable de se fixer dans la mémoire qu'il encombre peu à peu de constructions arbitraires. A un stade plus avancé, ces constructions involontairement échappées au subconscient vont prendre le pas sur les réalités objectives. Elles seront favorisées en cela par le fléchissement plus ou moins rapide des facultés de jugement et détermineront alors un de ces délires « illogiques » bizarrement imaginatif, tels qu'on le trouve chez ces malades.

D'ailleurs, à ce moment, apparaissent les gros troubles hallucinatoires de la période d'état et le phénomène essentiellement transitoire du mentisme a cessé ou s'est modifié grandement.

Il nous a paru utile de signaler le parallélisme évolutif que l'on constate fréquemment entre le syndrome organique d'automatisme mental et le processus également organique de l'hébéphrénie; le mentisme, signe précurseur de l'Automatisme Mental coïncidant avec l'entrée dans la démence précoce nous semble autoriser cette manière de voir.

Quant aux rapports qui peuvent exister entre la psychose hallucinatoire chronique et la Démence précoce et dont l'automatisme est un trait d'union clinique de plus, nous retrouvons ces hypothèses implicitement formulées en conclusion d'un excellent rapport de M. Marchand (Annales Médico-psychologiques, Janvier 1927). Nous allons donner un résumé très succinct de ce beau travail.

L'auteur, se basant sur des recherches anatomo-

cliniques poursuivies avec méthode depuis de longues années, considère du point de vue anatomique deux catégories de déments précoces hétérophréniques :

1° Ceux chez qui l'on retrouve des malformations, des atrophies ou dystrophies congénitales des cellules nerveuses cérébrales (cortex, couche sous corticale, fibres tangentiellles, noyaux gris centraux, etc...). Ces sujets ont hérité d'une complexion cellulaire imparfaite, disposée pour l'évolution du processus à venir; celui-ci se trouve ultérieurement occasionné par des causes déterminantes exogènes ou bien, il survient spontanément dans un tissu nerveux condamné à brève échéance par une insuffisance constitutionnelle dont la tendance est dégénérative.

2° Ceux où l'examen histologique révèle un processus d'encéphalite, de méningo-encéphalite avec lésions inflammatoires diffuses ou circonscrites comparables, voire même assimilables, aux lésions produites par les agents toxi-infectieux habituels. Ces toxi-infections lésent accidentellement un cerveau exempt ou non de toute morbidité héréditaire ou acquise.

Et l'auteur s'exprime en ces termes :

« Ainsi, en se plaçant uniquement au point de
« vue anatomo-pathologique on peut décrire deux
« processus encéphaliques différents, aboutissant tous
« deux au syndrome de la démence précoce : un pro-
« cessus purement dégénératif, un processus présen-
« tant un caractère toxi-infectieux. Il existe cer-
« tainement des cas où les deux processus peuvent
« s'associer... Quant à la fréquence relative de ces
« deux formes, j'estime que la forme dégénérative est
« la plus commune ».

« Je suis persuadé qu'à côté des cas relevant

« d'une intoxication endogène ou exogène difficile à
« déterminer, il en existe d'autres dus à des virus
« dont nous commençons seulement à soupçonner la
« présence. C'est ce qui explique qu'on a pu décrire
« des démences précoces en rapport avec des troubles
« des sécrétions internes, avec la tuberculose, la sy-
« phylis, des maladies infectieuses et éruptives, la
« puerpéralité, etc... Les lésions de méningo-encé-
« phalite ou simplement d'encéphalite qui condition-
« nent cette forme de démence précoce peuvent sur-
« venir à tous les âges de la vie, mais elles ne dé-
« terminent le syndrome hébéphrénique que chez les
« sujets dont le développement cérébral n'a pas at-
« teint son complet épanouissement. *Chez les indi-
« vidus plus âgés, elles se traduisent par des syndro-
« mes mentaux divers, dont la description sort du
« cadre de cette communication* ». (1).

Voici nettement précisé le considérant organique sur lequel notre travail se proposait d'insister.

L'intérêt d'une telle conception s'impose, d'autant mieux qu'elle doit, à notre avis, dominer surtout l'idée « d'entrée dans la Démence précoce », qui sert de titre à ce modeste ouvrage. — Car il n'est pas douteux que la thérapeutique mise un jour en œuvre n'aura de profitables effets, que dans la mesure où elle frappera l'affection dans ses débuts; et cela conformément à ce que nous enseigne chaque jour le traitement moderne des maladies infectieuses que nous connaissons mieux.

1 — Nous n'avons eu connaissance des travaux de M. Marchand que lorsque notre thèse était déjà en grande partie élaborée. Nous avons pu constater ainsi que nos conclusions, tirées de la seule étude clinique, concordaient avec celles que ses belles recherches anatomo-pathologiques lui ont inspirées.

CHAPITRE SIXIÈME

Ce dernier chapitre sera consacré à l'étude des malades qui entrent dans la Démence précoce par la voie la plus ornée et la plus pittoresque. Ce sont eux qui ont été l'objet des multiples travaux psychopathologiques entrepris par différents auteurs au cours de ces dernières années et il semble que rien ne puisse être ajouté à ces minutieuses analyses où le psychisme du « schizophrène » a été à beaucoup d'égards, décrit de façon remarquable. Rien dans ce domaine psychologique ne peut guère être ajouté qui n'ait été déjà exposé de façon lumineuse par les Ecoles de Zurich et de Ste-Anne.

Dès les premières lignes de notre thèse nous avons strictement limité l'objectif que nous nous proposons d'atteindre. Le seul terrain désigné à notre observation était, avons-nous déclaré, celui de la clinique. C'est d'elle que nous nous prévalons encore dans ce dernier chapitre et c'est avec ses ressources que nous proposons d'examiner ici quelques cas de schizophrénie au début.

D'abord qu'est-ce que la schizophrénie considérée du point de vue où nous nous plaçons ?

C'est une forme clinique de la Démence précoce.

Elle se présente généralement chez des sujets jusqu'alors intelligents, souvent même brillants, dont l'avenir intellectuel peut paraître assuré, et chez qui les tares héréditaires et personnelles sont relativement moins fréquentes que dans toute autre forme. Il peut n'en exister aucune et ce sont alors des esprits sains dans des corps sains qu'atteindra le processus.

Comme chez les autres, l'affaiblissement discordant va déterminer chez eux des troubles profonds portant sur tous les éléments du psychisme. Mais ces malades mieux pourvus intellectuellement donneront le spectacle d'un bel édifice qui s'écroule. Pendant un temps les ruines en seront curieuses, car il y subsistera quelque chose de ce qui contribuait à la perfection de l'ensemble. Ces ruines, c'est le contenu de leurs délires, matière encore riche et qui bien exploitée par la psychologie a permis la réalisation nosographique de ce personnage morbide : le « Schizophrène ». — Le schizophrène (envisagé selon la conception française) est-il une individualité cliniquement acceptable ? Oui très certainement. C'est même une des belles, mais très rares conquêtes de la psychologie, dont peut profiter la médecine. Il représente bien la majorité des malades dont nous traitons en ce chapitre et notre musée de pathologie mentale s'est enrichi en lui d'un beau portrait de plus.

L'attitude du schizophrène, son comportement, ses réactions, son langage, nous sont devenus à ce point familiers que nous reconnaissons souvent, dès les premières minutes d'examen, et le malade et la maladie. — C'est la meilleure preuve que l'on puisse produire en faveur de sa réalité clinique. Mais la psychologie nous semble avoir imprudemment dépassé

les frontières du domaine accessible à l'observation, le seul utile, médicalement parlant puisque le seul utilisable. L'argumentation psychologique puisant largement dans la clinique a enrichi cette dernière d'une acquisition précieuse, nous venons de le voir et nous complaisons à le répéter. Mais elle n'a considéré les résultats patents de son observation que dans la mesure où ils fournissaient matière à des spéculations dont quelques-unes nous ont paru hasardées.

On donne au schizophrène une place de faveur. On l'a supposé riche encore d'une activité et d'une intégrité mentales dont n'ont presque jamais fait preuve les malades que nous avons personnellement observés. Ce schizophrène tel que nous le présentent nombre de travaux psychopathologiques modernes est un personnage très surfait.

Nous ne voulons point, dans un travail dont le cadre est nécessairement restreint, entreprendre la controverse avec l'ampleur qu'exigerait un tel sujet. Qu'il nous suffise de retenir seulement une raison que nous aurions de la soutenir.

A notre avis on doit tenir en méfiance certaines incursions de la pensée normale dans la pensée pathologique, où l'on prête trop souvent aux malades un raisonnement qui en réalité est le nôtre. Il est rationnel de se représenter la terreur de l'alcoolique par la véhémence de ses visions oniriques, l'idée d'influence par le syndrome d'automatisme mental (en évitant, il va de soi, d'expliquer psychologiquement et l'onirisme et l'automatisme qui découlent de troubles organiques); mais si l'on tente de justifier l'attitude du schizophrène par l'adoption volontaire d'un monde intérieur plus habitable que le monde tout court, si l'on admet qu'il va choisir dans les possi-

bilités constructives de son imagination les matériaux d'une demeure dont il pourra ensuite barricader portes et fenêtres, c'est par un raisonnement dont tous les arguments sont en nous, non en lui.

C'est admettre implicitement que la pensée malade a les attributs de la pensée saine, et cela sans avoir la moindre preuve qu'il y ait une telle corrélation entre elles. — Dans un même ordre d'idées, si l'on nous autorise une courte parenthèse psycholittéraire, les ouvrages modernes ne se comptent plus dont les auteurs, voulant nous représenter la vie intellectuelle et affective de l'enfant dans une description le plus souvent auto-biographique, ont à leur insu prêté à cet enfant leurs sentiments et leurs pensées d'adulte. Cette projection de la maturité adulte dans « l'embryon intellectuel » du jeune, est le résultat d'un travail d'interprétation rétroactive effectué sans doute de bonne foi par les auteurs, mais qui, en dépit des qualités littéraires, n'a pas de solidité et porte souvent à faux.

La graine contient l'arbre en puissance, mais elle ne ressemble pas à celui-ci. Et si les liens neuro-génétatifs sont évidents entre le cerveau jeune et le cerveau adulte, les liens psychologiques n'ont pas la même réalité.

Telle est du moins notre opinion, fondée sur nombre d'observations cliniques dont la place est hors du sujet que nous traitons ici.

Quant au schizophrène, on a trop fréquemment assigné à son psychisme des limites arbitrairement fixées par notre intellect raisonnant; c'est de tous les malades mentaux celui qui échappe le plus à nos recherches psychologiques, car de même il parle et agit en fonction de son affaiblissement discordant

traversé d'agréats résiduels politicoques ou impulsifs, de même nous sommes condamnés à le concevoir logiquement, à cause précisément de ces règles et de ces données qui lui manquent et dont nous ne pouvons faire totalement abstraction pour nous représenter son psychisme.

Nous présenterons maintenant deux malades atteints de schizophrénie au début.

OBSERVATION X. — Le ... Novembre 1927, entra à l'Infirmérie Spéciale B... X..., âgé de 20 ans. Interrogé, le malade nous apprend qu'il est élève de St-Cyr, arrivé dans un rang honorable à l'une des dernières promotions. Peu réticent et capable d'une certaine introspection, il nous déclare en souriant, avoir perdu depuis l'entrée à St-Cyr, le goût du travail et l'adaptabilité aux contingences de la discipline. Dès le début s'abattent sur lui, sous forme de jours de prison ou de salle de police, les rigueurs disciplinaires en usage. Il avoue facilement et avec sérénité les motifs qui ont nécessité les mesures prises à son égard : « C'est à cause de ma mauvaise conduite, de mon invincible paresse et de l'impossibilité où je suis de travailler, surtout intellectuellement ». Il raconte son histoire d'un ton indifférent mais toujours en souriant. Il s'arrête brusquement au cours d'une phrase, d'un mot et semble réfléchir. Après 6 mois de vie indisciplinée et marquée d'actes désordonnés, (s'est enfui au galop d'un cheval non sellé), il est dirigé sur le Val-de-Grâce, aux fins d'examen mental, et de là envoyé chez lui. Mais quelque temps après il revient à Paris, en fugue, n'ayant sur lui que 50 centimes. Il se fait alors arrêter pour vagabondage et tiroterie d'aliments dans un café où il s'était échoué.

La bizarrerie de ses réponses aux agents et au Commissaire de police font suspecter son état mental et c'est alors qu'il passe à l'Infirmierie.

Comme nous lui faisons remarquer l'absurdité de l'acte qui motive son arrestation, il tente une ébauche d'explication tôt muée en sourire. Il a, par ailleurs, une conscience assez nette de son état morbide. Il nous dit avoir senti en lui quelque chose de brisé; et attribue à sa vie claustrale du collège l'étrangeté où lui apparaît le monde objectif. « J'ai été enfermé depuis l'âge de 12 ans. Toutes les circonstances de la vie manquent de « sel » pour moi. Tous les événements sont sur le même plan et me laissent indifférent. Tout manque de relief ».

Alors que nous lui demandons s'il n'a pas quelque regret, voire quelque honte d'avoir ainsi brisé sa carrière militaire en se rendant coupable de délits passibles de correctionnelle, il sourit, nous parle de « sa déchéance » et se répand en réflexions banales teintées de philosophie indigente. D'ailleurs, il avoue être étranger à ce qu'on lui reproche, comme si les actes délictueux s'étaient passés en dehors de ce qui touche à sa « personnalité ». Mais cette personnalité il ne peut expliquer en quoi elle consiste et ses réponses à ce sujet sont incohérentes. « Et puis, dit-il, on s'habitue à tout, même aux prisons ». Nous abordons dans notre interrogatoire la question sexuelle : « Avez-vous aimé quelqu'un y a-t-il en ce moment une femme qui pense à vous ? »

« Non, je n'ai jamais eu de petite amie, comme mes camarades ». Et il attribue sans grande conviction à cette carence d'ordre sexuel une partie de ses mésaventures. Il semble avoir eu quelques troubles psycho-sensoriels dans la sphère auditive : il croit

aussi avoir été persécuté par des collègues de St-Cyr, qui ont influé sur sa volonté. Mais l'exposé de ces griefs reste vague et inachevé. Il semble à peine y ajouter foi : les indications qu'il peut donner restent bizarrement elliptiques.

L'attitude de B..., sa pseudo-euphorie, son sourire stéréotypé et inaffectif, ses antécédents de fugues et d'indiscipline, ses réponses anidéiques font porter le diagnostic de schizophrénie.

Les certificats d'Asile vont le confirmer par la suite.

OBSERVATION XI. — B... J..., 20 ans, vient consulter le 9 Février 1926.

Est élève de Chaptal, où il a fait d'excellentes études.

Père mort tuberculeux.

Un oncle paternel a un mal de Pott.

Mère en bonne santé. A un frère débile.

Son père est mort de tabès.

SUJET : Ne présente rien de pathologique dans ses antécédents personnels.

Il prépare actuellement le concours d'entrée à Polytechnique et se trouverait, selon son propre aveu, très surmené.

Il vient s'en référer à un avis médical parce que depuis quelque temps, son activité, ses capacités de travail semblent diminuées. Il se prend à douter de lui-même et se demande s'il doit continuer à travailler. Des idées viennent l'obséder et il croit trouver autour de lui les indices de quelque coup monté pour lui causer préjudice. On critique Polytechnique, ses camarades le taquent, on fait des chansons sur lui, on lui dit des paroles malveillantes, il a les preuves

que tout cela est dit et fait à son intention. Il est sujet à des accès de tristesse, menace de se suicider, mais ne peut s'y résoudre. Il fait écrire aux parents de ses camarades de collège pour leur demander que cessent ces taquineries dont il souffre et qui lui ôtent l'ardeur au travail. Un jour, il se prend de querelle avec un de ses condisciples et lui jette une chaise à la tête.

En même temps, il souffre continuellement de céphalée et de « mal à l'estomac ». Il se plaint en effet de pyrosis et s'est ordonné spontanément un régime sans pain.

Dans sa conversation il répète les mêmes phrases. S'adressant à sa mère, il lui demande « cent fois par jour » : « Dis-moi que tu as compris ». Il dort bien, travaille encore, mais de façon incoordonnée. Il se dicte une ligne de conduite et s'affecte de ne la point pouvoir suivre exactement.

Il parle de « tension de la volonté » et se préoccupe de diverses questions : sociales, politiques, littéraires, où il doit apporter des idées et des directives nouvelles. Il avoue s'être fréquemment masturbé. Pas d'automatisme mental. Il ne présente aucun signe neurologique. Wassermann et Hecht négatifs. Métabolisme de base normale. Tension artérielle 12-8.

Cicatrice de ganglion cervical tuberculeux. Quelque temps avant cette visite, il avait envoyé à son médecin la lettre suivante :

« Paris, le 14 Novembre 1926.

« Cher Docteur,

« Jusqu'ici mes études ont à peu près marché,
« mais j'ai le grave tort de beaucoup trop me préoc-
« cuper de ma santé; de m'analyser avec plus d'at-
« tention que j'étudie. Le plus petit écart à l'hygiène

« me trouble fort et je dépense beaucoup d'attention
« à me convaincre que cela n'a pas dû beaucoup me
« nuire. Cela tient évidemment à un manque de con-
« fiance en mon physique.

« J'ai de la mémoire et apprends facilement,
« une maturité d'esprit qui m'évite de grands efforts.
« Je dois travailler presque toute la journée. Depuis
« douze jours que je suis rentré, je suis arrivé à
« travailler régulièrement. Seulement voilà, je ne
« fais que le minimum par crainte de surmenage. Je
« voudrais sortir le premier de l'Ecole Polytechni-
« que, quand j'y rentrerai dans un an il faudra que
« je ne sois point épuisé pour cet effort qui est vrai-
« ment formidable. Cette année-ci d'admission, il y
« aurait avantage à faire un grand effort et à rentrer
« par la grande porte : 1° au point de vue formation ;
« 2° au point de vue des aléas d'examens à éviter.
« Mais il vaudrait mieux rentrer dernier et très frais
« qu'usé. — Jusqu'ici je ne me suis jamais senti
« fatigué et tout va bien. Cependant, j'ai de petits
« troubles et maman s'inquiète ; cela n'est pas fait
« pour me donner de la confiance. Il y a un mois, ma-
« man ne croyait pas que je puisse étudier et elle a
« encore moins de confiance que moi. Je voudrais
« bien que vous nous fixiez un rendez-vous et vous
« diriez ce que vous pensez de moi.

« Je m'imagine que mes maladies passées m'ont
« abîmé, et je me demande avec angoisse si je suis
« encore capable de l'effort très intense de la sortie
« de Polytechnique. Je serais bien content que vous
« me donniez confiance sur ce point. Dans le cas
« contraire, il vaudrait mieux que j'aille à l'Ecole
« Normale Supérieure, qui est moins dure ; j'aurais
« alors deux concours au lieu d'un et cela est à éviter.

« Je préférerais vous voir le plus tôt possible, car
« me voilà dans une période plus dure. Maman vien-
« dra.

« Agréez, docteur, mes meilleurs sentiments.

« J... B... »

Depuis la dernière visite il n'a pu aller que 8 jours en classe et encore « ça n'a pas marché ». Il a mal à la tête, souffre d'insomnie et de dyspepsie. Il s'affecte grandement de ces symptômes et le soir se prend à réfléchir sur une foule de choses qui le frappent vivement et auxquelles il n'avait jamais songé.

Mentisme — Tendances hypocondriaques.

Il pleure sur lui-même: une nuit gémissait sur son malheureux sort. L'appétit est encore bon et il observe un régime méticuleusement réglé. Il soumet son esprit à des disciplines inflexibles, pour développer « ses facultés d'observation ».

Il se plaint d'avoir trop à faire et la préparation de Polytechnique le hante incessamment. Et puis tout se complique étrangement autour de lui; jusqu'à son professeur de philosophie qui le trouble par ses propos « révolutionnaires ». Il ne présente pas de signes organiques, et l'état général reste bon. Quelque temps après, nouvelle lettre au médecin :

« Le 14 Mars 1926.

« Cher Docteur,

« Mon essai de travail a échoué malgré mon désir
« et ma volonté. Je vous expliquerai ce qui s'est
« passé plus loin. J'avais cependant une grande
« confiance en vous. Cette confiance n'est nullement
« diminuée, et je vous supplie de faire de moi un
« bûcheur.

« Il faut d'abord admettre que je suis bien doué
« pour les sciences et capable d'acquérir une auto-

« rité. Le témoignage de tous mes professeurs le
« prouve (et en particulier celui de mon actuel pro-
« fesseur, qui me déclare capable d'arriver au ni-
« veau de l'X en trois mois).

« Mes goûts sont fortement orientés dans ce
« genre d'études. L'année dernière j'ai me suis ren-
« seigné sur toutes les écoles et j'ai causé à d'anciens
« polytechniciens. L'école polytechnique étant incon-
« testablement supérieure, mon choix s'est porté
« exclusivement sur elle. Mes capacités m'ont même
« autorisé à prendre pour but de devenir « bottier ».
« La puissance de travail, la mémoire et la volonté
« sont aussi utiles que l'intelligence pendant ces deux
« années d'un travail d'une *intensité formidable* (1).
« Celui qui réussit acquiert le titre d'ingénieur de
« l'Etat, avec tous ses avantages et son avenir. Mais
« évidemment il est nécessaire d'avoir une santé par-
« faite en entrant à l'école (d'ailleurs, un ancien X
« me l'a dit). Depuis longtemps je fais tous mes ef-
« forts et mets *toute mon ardeur* à devenir « bottier ».
« Le contraste entre ma santé incertaine et cette
« nécessité d'entrer à l'X parfaitement bien, m'a
« amené à me faire une image épouvantable des pe-
« tits maux dont je souffre (dyspepsie, maux de tête,
« insomnie) et cela depuis deux ans. D'ailleurs, de-
« puis trois ans que je souffre, j'étais persuadé que
« cela serait ma faiblesse de santé et non un manque
« de dispositions pour les mathématiques, qui pour-
« rait me faire échouer au concours de Polytechnique.
« Il en a résulté que ma santé, depuis deux ans, est
« ma préoccupation principale et presque exclusive :
« du matin au soir, je règle tous mes actes sur l'hy-

1. — Les mots ont été soulignés par le malade.

«giène; d'où la manie des piqûres, des régimes, etc.
« Depuis l'hiver 1924-25, les médecins me reconnais-
« sant à peu près reconstitué m'ont laissé jusqu'à ces
« derniers temps sans soins; mais depuis je n'ai pu
« arriver à bien travailler et à me guérir de l'in-
« somnie.

« Il est évident qu'on ne peut devenir bottier de
« l'X si on rentre à Polytechnique avec de l'insomnie
« et de la dyspepsie.

« Les médecins m'ayant livré à ces petits maux,
« il en a résulté pour moi une sensation d'abandon,
« autrement dit j'ai perdu depuis longtemps la con-
« fiance et l'optimisme.

« Quand vous m'avez dit de travailler, je vous ai
« cru et j'ai fait ce que j'ai pu. L'échec s'est passé
« d'une manière identique aux cinq ou six tentatives
« antérieures de cet hiver (pendant lequel j'ai vu
« cinq ou six médecins en qui j'ai cru comme en
« vous) — : les trois premiers jours, travail moyen
« avec inquiétude quand je souffre de l'estomac et
« maux de tête; les jours suivants perte du sommeil,
« maux de tête plus violents m'empêchant de tra-
« vailler, je continue d'aller au collège, quoique ne
« faisant rien, puis huit jours après l'essai, je suis
« obligé de partir à cause de la discipline.

« Voilà un mois que je ne fais rien, j'ai vécu
« dans une inquiétude continuelle. Un grog me donna
« de la tristesse et de l'énervement pendant dix jours.
« La pensée de vous revoir et l'espoir m'ont calmé. —
« Voici une tactique qui m'a beaucoup séduit (ces
« échecs répétés de travail peuvent amener à en
« changer) :

« 1° Le but à atteindre serait une *cure radicale*
« au bout de laquelle je ne devrais plus avoir ni

« maux de tête, ni de dyspepsie, ni de faiblesse cé-
« rébrale.

« 2° Il faudrait d'abord que vous causiez avec moi
« de vos projets et m'indiquiez d'une façon précise
« et détaillée tous les projets à obtenir en me don-
« nant la conviction qu'ils se réaliseront (grâce à des
« ordonnances et des conseils).

« 3° Les moyens évidemment indiqués par vous ;
« mais ma mère et moi pensons qu'il sera peut-être
« bon de m'envoyer à la campagne ou de me mettre
« dans une maison de santé. Vu mon amour des mé-
« dicaments, il serait peut-être bon de m'en donner
« beaucoup (il serait *essentiel* de me dire le résultat
« de chacun d'eux).

« Je pourrais travailler progressivement ou bien
« faire du jardinage ou un métier manuel.

« La durée de ce traitement étant probablement
« courte, je retournerai ensuite au collège. — J'ai la
« confiance au point de vue études pour ce formi-
« dable concours de la botte, mais non au point de
« vue santé : il me paraît *presque insurmontable* à
« cause de l'intensité énorme du travail à fournir.

« Voudrez-vous être le soutien médical qui m'est
« si nécessaire et continuez à me conseiller et me
« surveiller pendant mes études ?

« Je suis très pessimiste quand à l'avenir de ma
« santé ; cela provient pour une part de la difficulté
« de causer de l'avenir avec ma mère. Voudrez-vous
« nous servir d'intermédiaire ? Cela me remonterait
« aussi beaucoup de moral.

« Si vous voulez connaître mon caractère, sachez
« que je ne suis ni un amorphe, ni un futur poseur
« et que je n'ai pas d'instincts mercantiles et que plus
« jeune j'étais extrêmement ardent.

« Agréez, docteur, mes compliments respectueux.

« J... B... »

14 Juin 1926. — Il a été passer 2 mois à O..., puis 15 jours à B..., où il a pris des douches. Ne s'est pas présenté au concours de Polytechnique, car il se trouve toujours triste et déprimé. Il se fatigue vite, ne peut plus travailler, peut à peine lire. Il paraît lent, bizarre, discordant, indifférent. N'a plus d'idées de persécution.

Il va en vacances à C..., puis à E... Voici le texte d'une lettre qu'il écrit alors à sa mère, restée à Paris :

« Hôtel des Quatre-Saisons

« E..., le Samedi 18 Septembre 1926.

« 6 heures du soir.

« Ma Chère maman,

« Je me sens beaucoup mieux; calme et sans
« angoisse. Mais j'ai bien souffert au début de la
« semaine.

« Aujourd'hui, pour me changer les idées, j'ai
« fait le tour de la moitié du lac de G. J'ai été à
« M. et à L. : pays splendides et justement célèbres.
« Cela m'a fait beaucoup de bien. Peut-être que ma
« crise eut été beaucoup moins grave si j'avais eu ma
« raquette plus tôt. (Je l'ai ainsi que chèque et man-
« dat de 300 fr.).

« Je voudrais que tu tiennes pour bon tout ce que
« je t'écris et ne pas me faire répéter. Je ne suis pas
« un étourdi.

« E... est beaucoup moins cher, les douches me
« font beaucoup de bien; la nourriture de l'hôtel
« excellente; je suis aussi bien que dans une maison
« de santé et beaucoup mieux qu'à O...

« A l'hôtel, je paie 31 fr. par jour, avec la dou-
« che de 6 fr. cela fait 43 fr. par jour, moins qu'à O...

« Je ne pense pas être en état pour la rentrée, le
« 30 septembre. Cependant, comme je me sentais
« mieux, j'espère être guéri vers la fin du mois d'oc-
« tobre et travailler ensuite.

« J'ai été content de recevoir enfin une réponse
« à toutes mes questions : mais je trouve que tu ne
« sens pas assez que je suis un as, capable de faire
« des travaux ou des découvertes scientifiques plus
« tard. Il faut aussi que tu saches que je te devrai
« tout et que tu auras lieu d'être fière de moi si tu
« m'entretiens encore pendant quatre ans; comme
« cela sera peut-être nécessaire si je n'ai pas la puis-
« sance de travail de Polytechnique, qui est un genre
« de travailler monstrueux, mais court.

« Je voudrais que tu sentes que si tu ne m'en-
« tretenais pas encore de longues années, cela serait
« la mort pour moi. J'ai la raison de voir que, vu la
« vie chère et la durée, cela te sera assez dur. c'est-
« à-dire devra nécessiter toute ta volonté. Aussi,
« quand tu m'écris que « tu consens » à ce que je
« fasse de longues études, le mot est très déplacé :
« c'est ta volonté qu'il faut. Encore une fois je vou-
« drais que tu sentes que sans toi pour m'entretenir
« pendant les années à venir, je serais perdu. C'est-à-
« dire que personne ne le ferait à ta place et je serais
« obligé de travailler bêtement pour gagner ma vie
« au lieu d'acquérir une belle culture intellectuelle.
« Autrement dit ton rôle est nécessaire et ce n'est
« pas un consentement.

« La façon vague de t'exprimer dans ta dernière
« lettre et les expressions déplacées ne font pas du
« tout croire que tu es convaincue de tout cela, aussi
« écris-moi une lettre réfléchie qui me donnera la

« confiance et m'enlèvera le souci de t'écrire sur ce sujet.

« Encore une fois j'ignore tes sentiments et ex-
« plique-toi bien à tête reposée, car la tâche que tu
« auras à faire est bien plus lourde que celles des
« autres mères, et tu auras beaucoup de noblesse.
« Mais encore une fois, si tu n'étais pas là, je ne
« trouverais personne pour te remplacer.

« Je te remercie de m'avoir envoyé *trop* d'argent.
« Comme cela je pourrais rester à la rigueur un jour
« de plus à A... et ne serai pas obligé de me presser.
« C'est une grande fatigue de supprimée, je voudrais
« que tu fisses toujours cela.

« Quand j'aurai réglé toutes mes dettes, lundi,
« j'aurai encore 180 fr., mais envoie-moi 100 fr.
« jeudi ou vendredi.

« Je t'embrasse bien fort et te remercie des ef-
« forts que tu fais pour moi.

« J... B... »

Le 26 Novembre 1926. — Il est rentré à Louis-
le-Grand et se remet au travail. Il a eu d'abord 14
points à un examen, mais au suivant il n'obtient plus
que la note 10 (sur 20). Il lui semble que sa santé ne
s'est pas améliorée. L'attention volontaire lui est dif-
ficile, il est instable, agité, se promène et siffle sans
arrêt. Les questions l'obsèdent encore : Doit-il tra-
vailler beaucoup, un peu, moyennement ? Les préoc-
cupations hypocondriaques persistent.

Devient injuste et agressif pour sa mère, dont il
dit qu'elle ne le comprend pas.

Son état physique reste bon.

La note médicale porte l'appréciation suivante :
Schizophrénie au début.

Ces deux observations, la dernière surtout, donnent bien la peinture des troubles schizophréniques et les lettres du second malade seraient à elles seules suffisantes pour orienter un diagnostic. — Nous y retrouvons, analysés avec soin, les indéfinissables troubles qui préludent à la dissociation des fonctions psychiques. Toute l'activité dont dispose encore B... se porte d'instinct sur les symptômes organiques les plus tangibles et c'est à eux qu'il attribue tout l'ensemble des autres malaises physiques et mentaux dont il souffre. Il fera ce qu'on voudra pourvu qu'on le libère de cette étreinte morbide contre laquelle ce qui demeure encore de ses ambitions, de son amour propre et des ressorts de sa vie affective, réagit et se révolte.

Il demande des soins exacts. Une « cure radicale »; il faut lui dire à l'avance quel sera l'effet des médicaments choisis. Il y a dans cette recherche de la précision, en même temps que le souci obsédant de la santé déchéante, le besoin pour le psychisme qui sombre, de bouées de sauvetage méticuleusement situées où il peut encore s'accrocher quelque temps. Le besoin d'exactitude reste le seul tuteur d'une pensée qui fléchit. C'est la dernière ressource mise en œuvre pour tenir assemblés les matériaux intellectuels et affectifs qui menacent ruine, pour donner un moment le change à un esprit déjà incapable de nouvelles acquisitions et de concepts pratiquement réalisables. C'est une stéréotypie qui lui reste au milieu d'autres mécanismes déjà entamés par le processus désagréatif. Elle se trouve imposée par ledit processus, sans participation ou presque de la volonté réfléchie. Si l'en nous autorise une métaphore, c'est le poisson qui, par l'effet de l'eau qui se retire, se laisse progressi-

vement amener dans une flaque décline d'où il ne pourra plus sortir.

La dernière lettre de B... met en évidence, par les critiques malveillantes adressées à la mère, cette perte de l'affectivité qui est, nous l'avons vu, un des meilleurs symptômes de début.

L'insistance avec laquelle notre malade lui fait à la fois des reproches et des compliments, apparaît déjà bizarrement contradictoire. Cette impossibilité où se trouve B... de placer la conversation épistolaire sur le plan pratique, de répondre du point de vue utile de donner en même temps le tour affectueux à cette correspondance, pour en venir à discuter longuement et injustement le terme « je consens » employé par sa mère dans une lettre précédente, tout cela fleurit l'incoordination, l'impossibilité de concevoir un but utilisable, l'incapacité d'une mise en œuvre répondant aux exigences communes de la réalité. Nous ne saurions trop apprécier la justesse de la définition : « Perte de contact vital avec la réalité » à condition de préciser qu'il s'agit aussi bien de réalité intérieure qu'extérieure. S'il est vrai que le schizophrène croit se mouvoir dans un monde qu'il ne reconnaît plus, où les êtres et les choses ont perdu leur valeur affective, comme un tableau dont les couleurs se sont effacées, il faut admettre que cette décoloration va s'étendre également au monde des acquisitions qui constituaient sa personnalité. Plus ou moins rapidement ce sera au dedans comme au dehors l'immobilité, le froid et le vide. On a trop tendance aujourd'hui à détacher ce malade du groupe des autres déments précoces. Et cependant, à bien des égards, il peut être considéré comme relevant de la même entité générique. Les efforts qu'on a pu faire pour

l'isoler n'ont valu que dans le domaine psycho-pathologique et, à notre sens, on a trop négligé dans ce travail d'émancipation les liens organiques qui l'apparentent aux malades des autres catégories. Nous avons dit qu'il semblait que les Schizophrènes fussent plus épargnées par les tares dégénératives héréditaires. Ce n'est souvent qu'une apparence. Car en fouillant soigneusement dans les antécédents familiaux, il est rare de ne point trouver chez les générateurs au premier ou au second degré une tuberculose, une syphilis, une psychopathie qui, sans donner la clef du problème étiologique, affirme un terrain morbide auquel il est difficile de ne pas accorder une influence, sans préjuger toutefois de l'action de cette dernière. Chez J... B.... par exemple, la notion de tabès chez le père, donc d'hérédo-syphilis chez le sujet, nous paraît jouer presque à coup sûr un rôle dans l'apparition et le développement du processus schizophrénique.

Lorsque, malgré qu'on en aie, on ne peut constater dans les antécédents du malade aucune des tares organiques habituelles, on fait intervenir dans la pathogénie un facteur dont nous voudrions dire quelques mots avant de terminer ce chapitre. Il s'agit du « surmenage », ainsi que de son importance étiologique fréquemment invoquée en l'absence d'autres causes plus concrètes.

Qu'est-ce que le surmenage, tout au moins le surmenage physique ?

C'est le fait d'imposer longtemps à l'organisme un travail au-dessus de ses possibilités habituelles.

Le mot désigne également les troubles qui en résultent et figure de ce chef au vocabulaire nosologique courant.

Sa fortune a été complète, en raison même de son ambiguïté. Bien que nous hésitions toujours à placer une discussion médicale sur le terrain philologique, il n'est pas inutile de tenter l'essai de certaines définitions restées flottantes et imprécises.

Si nous pouvons à la rigueur faire usage de ce terme quand il s'agit du physique, nous ne devons l'accueillir qu'avec de grandes réserves lorsqu'il étend son acception au domaine intellectuel.

On a voulu trouver dans ce surmenage scolaire de l'enfant un facteur de morbidité et plusieurs auteurs (M. Toulouse), lui font jouer un rôle important dans la genèse des psychoses des adolescents. Il est difficile de ne pas adopter cette opinion quand il s'agit seulement de troubles fonctionnels. Nous connaissons tous cet état d'esprit particulier que crée la préparation active d'un examen ou d'un concours, où toutes les fonctions psychiques tendues vers un but unique peuvent être passagèrement perturbées avec concomitance de certains désordres des organes et appareils. Le candidat présente parfois de l'amaigrissement, de l'insomnie, des migraines, des troubles digestifs; s'il est prédisposé par une constitution émotive, on pourra observer chez lui certaines modifications du comportement de l'humeur et du caractère, qui pourront un moment rappeler parfois des formes légères de neurasthénie.

Mais tout cela ne dure qu'un temps et l'épreuve terminée, ces perturbations cessent de se manifester et il n'en reste pratiquement rien par la suite.

Aussi admettons-nous difficilement que le « surmenage » puisse arriver à créer les lésions organiques qui tiennent sous leur dépendance la démence précoce dans ses diverses formes.

L'adolescent qui se « surmène » est généralement un élève studieux, intelligent et souvent jugé par l'entourage admiratif comme « travaillant trop ». Il ne fait au fond que suivre son penchant naturel pour l'étude et s'impose un effort librement consenti. On peut l'obliger à faire un travail manuel au-dessus de ses forces — On ne pourrait jamais le faire consentir au moindre labeur intellectuel si son esprit s'y refusait. Il échappe de ce fait au surmenage, et on peut dire que ne se surmènent que ceux qui le peuvent.

Il nous paraît que le rôle attribué au surmenage dans la genèse de la Démence précoce puisse être ramené à de plus justes proportions. Nous devons surtout considérer le fait de voir apparaître les premiers troubles hébéphréniques à l'époque des examens et concours comme une simple coïncidence chronologique au cours de la vie intellectuelle et non comme le résultat d'une relation de cause à effet.

CONCLUSIONS

I. — Nous avons donné au terme générique « Démence Précoce » son acception la plus large.

II. — Actuellement, parmi les théories pathogéniques destinées à expliquer l'apparition de la Démence précoce il s'en trouve avant tout deux en présence :

La première, qui fait de la psychose une maladie organique sous la dépendance de causes toxiques, infectieuses et traumatiques.

La seconde, qui la conçoit comme maladie purement psychologique, étiologiquement liée à un traumatisme affectif, surtout sexuel, remontant à l'enfance, et dont le développement a été favorisé par de mauvaises conditions d'évolution affective

III. — Nous plaçant au point de vue clinique, et sans étudier les formes purement symptomatiques de début, nous pensons que le mode d'apparition des premiers signes de Démence précoce, leur brusque éclosion avec phénomènes infectieux, leur évolution

sur terrain prédisposé et dégénéré, leur manifestation sous forme de syndromes auxquels on reconnaît de plus en plus une origine organique, enfin ce que l'on peut appeler les « voies d'entrée ou d'accès dans la Démence précoce » peuvent être des arguments en faveur de l'une ou l'autre pathogénie.

IV. — Nous avons classé nos observations personnelles en 5 groupes : chacun de ces groupes constituant un chapitre de notre thèse.

a) Démence précoce survenant chez des individus présentant des tares physiques et mentales.

b) Démence précoce apparaissant après un épisode confusionnel d'apparence toxi-infectieuse.

c) Démence précoce évoluant après un premier stade de perversion acquise.

d) Démence précoce dont le début s'accompagne du syndrome d'Automatisme Mental.

e) Démence précoce d'emblée chez des individus intelligents apparemment exempts de tares héréditaires ou acquises.

V. — *Groupe a)* On trouve dans les antécédents des parents, des prédispositions héréditaires au déséquilibre, une maladie infectieuse, et fréquemment la syphilis.

Dans le développement psycho-moteur de l'enfant on peut observer un syndrome de débilité motrice et intellectuelle qui se manifeste par le retard pédagogique, l'incapacité d'apprendre un métier, l'insociabilité familiale ou scolaire. Vers la puberté va peu à peu s'installer l'hébéphrénie, parfois avec des manifestations simples de déséquilibre constitutionnel.

La nature organique est souvent indiquée par des stigmates anatomiques qui accompagnent les signes de dégénérescence mentale constitutionnelle.

VI. — *Groupe b)* L'entrée dans la Démence précoce se fait d'emblée chez un individu en bonne santé à la suite d'un épisode toxi-infectieux fébrile, confusionnel, souvent onirique, et qui dure quelques jours. Les phénomènes d'allure aiguë laissent après eux un état hébéphrénique avec signes habituels. Ces formes qui se rattachent à la confusion mentale chronique de Régis (toutes réserves étant faites sur la légitimité de l'appellation), témoignent en faveur de l'origine organique.

VII. — *Groupe c)* L'entrée dans la Démence précoce se fait par des troubles du caractère à forme de perversion et d'incapacité d'adaptation à la vie familiale ou sociale avec les conséquences médico-légales habituelles. Ces perversions sont analogues aux perversions instinctives constitutionnelles, aux perversions post-encéphalitiques, mais elles portent très souvent (non toujours) la marque d'indifférence, de discordance dans les moyens et les buts qui spécifie l'hébéphrénie.

VIII. — *Groupe d)* L'entrée se fait par l'éclosion d'un syndrome d'Automatisme Mental avec idées d'influence et de persécution mal systématisées. Ce syndrome est encadré par les autres syndromes d'indifférence affective et de discordance intellectuelle, qui permettent le diagnostic. Les distinctions qui peuvent être établies au point de vue symptomatique

entre l'Automatisme Mental de la Démence précoce et celui de la psychose hallucinatoire chronique de l'âge adulte, sont dues à leur évolution sur un cerveau à des stades différents du développement.

IX. — *Groupe e)* La Démence précoce évoluant chez des individus indemnes de toute tare et à développement intellectuel normal, apparaissant à l'adolescence avec les symptômes de désadaptation au milieu, d'indifférence, de bizarrerie discordante et d'une certaine conscience de l'état morbide au début prend le type complet de Schizophrénie ou de Schizomanie selon la définition de l'Ecole française. Dans ces formes mêmes il n'est pas toujours possible de découvrir la cause affective de la psychose. Celle-ci survient quelque fois chez des jeunes gens fatigués et l'on peut discuter le rôle du surmenage. D'autres cas révèlent des facteurs infectieux héréditaires qui peuvent n'être pas sans action. Ce sont des formes d'attente. L'étude des « voies d'accès » ne permet pas encore de conclusions formelles. En tous cas ces formes aboutissent dans leur évolution aux mêmes types cliniques que les précédentes; il est donc vraisemblable que leur pathogenie est la même.

Cette étude clinique des voies d'entrée dans la Démence précoce permet en résumé de les classer en deux groupes principaux :

1° Celles dans lesquelles la Démence Précoce évolue sur terrain dégénératif avec des symptômes importants de dégénérescence mentale et somatique héréditaire.

2° Celles dans lesquelles la Démence précoce évolue comme une maladie infectieuse plus ou moins

aiguë ou subaiguë plus ou moins brutale ou massive dans son invasion.

Cette opinion acquise du point de vue clinique rejoint certaines conceptions pathogéniques récentes de l'Ilébéphrénie, fondées sur l'anatomo-pathologie.

Vu, *le Doyen*

H. ROGER.

Vu, *le Président de la thèse,*

CLAUDE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

BLEULER. — Dementia præcox oder Gruppe der Schizophrenien. — Aschaffenburgs Handbuch d. Psychiatrie, 1911.

Professeur CLAUDE. — Troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique (*Soc. de Psych.* Juillet 1920) et suites éloignées de certains troubles mentaux post encéphalitiques (*Soc. Méd. Psych.* 27 Février 1920).

DE CLÉRAMBAULT. — Automatisme mental (*Annales Médico-psychologiques* N° 2, Février 1927).

ESQUIROL. — Traité des maladies mentales.

Euzière BLOQUIER. — Démence précoce hébéphrénique catatonique post encéphalitique (*Société des sciences méd. et biologiques de Montpellier et du Languedoc*, 23 Février 1923).

HEUYER et BOREL. — Délires de rêveries (*Soc. de psych.* Nov. 1922).

KRÆPELIN. — Psychiatrie Leipzig 1910.

- KRÆPELIN. — Introduction à la Psychiatrie clinique.
Traduction de Devaux et Prosper Merklen. Paris
Vigot 1907.
- MAGNAN. — Le délire chronique à évolution systé-
matique, 1891.
- E. MINKOWSKI. — La Schizophrénie. Paris — Payot
1927.
- ROBIN. — Les haines pathologiques de la folie mo-
rale à la démence précoce (en collaboration avec
le Professeur Henri Claude) *Concours Médical*
1925, page 2318.
- THOMSEN. — Dementia præcox und manisch dépres-
sives Irresein. Zeitschrift f. Psychiatrie Bd C4
Jahrg 1907 p. 631-654
- TOPORKOW. — Archives de Psychiatrie (*Berlin Année*
1925, p. 27). Zur Etiologie der Schizophrénie.
- Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique*
appliquée. Sergent. Ribadeau-Dumas. Babonneix
VII, Tome 1^{er} Psychiatrie (Deny) Paris 1921.
- VOGT. — Beiträge zur patholog. Anatom. der Kinde-
rkrankungen. (*Monat. f. psych. und Neurol*
1907 p. 211).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
CHAPITRE PREMIER	13
CHAPITRE DEUXIÈME	27
Observation I	27
Observation II	29
CHAPITRE TROISIÈME	33
Observation III	33
CHAPITRE QUATRIÈME	38
Observation IV	38
CHAPITRE CINQUIÈME	50
Observation V	51
Observation VI	54

Observation VII	57
Observation VIII	59
Observation IX	67
CHAPITRE SIXIÈME	71
Observation X	75
Observation XI	77
CONCLUSIONS	92
BIBLIOGRAPHIE	97

